

Pages Médicales

de Constantinople



REVUE MENSUELLE : des Sciences Médicales & Pharmacologiques

Administration : J. BERT, Directeur-Administrateur

Volvoda Han. No. 1 - Galata — Téléphone : Péra 2524

Droguerie Centrale d'Orient

EN GROS

ARTICLES D'HYGIÈNE
DROGUERIE

Spécialités Pharmaceutiques

Articles choisis et authentiques des meilleures marques

SIÈGE SOCIAL : Stamboul-Sirkédji — Khorassandjian Han.
Téléphone : Stamboul 52

DÉPOTS : Angora Han — Khorassandjian Han & Babali

SUCCURSALES

Stamboul, Angora Han, Sirkédji

Stamboul, Bagtché Capou 7

Galata, Place du Pont 5

Péra, Place du Tunnel, 5

Péra, Grande Rue 223-5

Smyrne, Rue Franque 77

Kadikeuy, Rue Mouvakathané No. 29

Maison d'Achats à Paris

Imp. Française L. MOURKIDES



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE



PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine a
résolu le problème de la Médication
phosphorée

Trois Formes :
Cachets... à 0 gr. 50 : 2 par jour.
Comprimés à 0 gr. 25 : 4 " "
Granulé : 2 cuillères à café " "

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND - LYON



Deux formes
CACHETS
GRANULÉ

Les principales
INDICATIONS de

l'Atoquinol Ciba

(phenylcinchoninate d'allyle)



Guanine



Acide urique



Hypoxanthine



Xanthine

Arthrites aiguës ou chroniques
Goutte
Asthme bronchique
Dermatoses Névralgies
Sciatique rhumatismale
et autres manifestations
uricémiques

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND
1, PLACE MORAND
LYON

L'Atoquinol est le solvant par excellence de l'acide urique

PAGES MÉDICALES DE CONSTANTINOPLE

REVUE MENSUELLE MÉDICALE & PHARMACOLOGIQUE

SOMMAIRE

	Pages
Revue des Sociétés	152
Gangrène artérielle surrenale (Par le Professeur V. Oppel).	161
Quelques conseils	165
Mortalité de la ville de Constantinople	167
Variétés	168

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE

Séance du 18 Mai 1923 (Suite)

Communication du Dr. ZENOPE.

Sur une origine Thyroïdienne de la colère et son traitement

Messieurs,

Quand nous analysons un accès de colère nous remarquons qu'il existe les symptômes objectifs suivants :

1^o Rougeurs (quelquefois c'est de la pâleur) du visage.

2^o Accélération du pouls et 3^o probablement élévation de la tension artérielle : je dis probablement, car je n'ai jamais mesuré la tension dans un accès de colère. 4^o Tremblement généralisé.

Il y a en même temps des symptômes subjectifs plus ou moins caractérisés et qui varient sur chaque cas et chaque individu.

Mais je ne retiens que les 4 symptômes objectifs qui sont suffisants pour la thèse qui fait le sujet de ce travail.

NOTA.— Le service des « Pages Médicales de Constantinople » sera fait gratuitement à tout docteur qui en fera la demande.

Et bien, Messieurs, ainsi que vous le constatez tous ces troubles qui font la colère sont, tous, de nature endocrinienne. Il s'agit de savoir maintenant quelles sont les glandes qui entrent enfin dans ce trouble humocal.

La physiologie nous apprend que les mysoedémateurs sont d'une indifférence complète soit vis-à-vis de la douleur (morale) soit vis-à-vis de la joie. Par contre, les Basedowiens sont d'une irritabilité pathologique excessive

De ces notions, on pourrait déjà penser à l'intervention de la glande thyroïde, puisque la colère fait totalement défaut dans l'athyroïdie, et qu'elle est très exagérée dans l'hypersécrétion thyroïdienne.

Et de fait, ayant entrepris des recherches dans ce sens, nous nous sommes aperçus que la colère faisait son apparition et que l'hypersécrétion thyroïdienne disparaissait avec elle.

Vous connaissez, tous, le changement de caractère que subissent les femmes à la période de la ménopause. Parmi ces symptômes, la colère est un des plus fréquentes. Ces femmes qui avaient un très bon caractère tant que leurs règles étaient normales, ces femmes qui ne s'étaient jamais mises en colère jusque-là, ces femmes, dis-je, se mettent, maintenant, dans de grandes colères, et cela sans cause, ou pour la moindre des futilités.

Il y a des fois où cet état est tellement exagéré que la vie en commun devient impossible ou très difficile. L'entourage de ces malades (car elles le sont bel et bien) ignorant la nature de l'affection explique cela à sa façon et les cas de démence dus à cette cause sont probablement très nombreux.

Cette colère d'origine thyroïdienne n'est pas seulement l'apanage du "retour d'âge." *Toute les fois qu'il existe de l'hyperthyroïdie, la colère fait partie de la symptomatologie.* Aussi toutes les filles, à n'importe quel âge, à 15 à 25 ou à 35 ans, sont spécialement sujettes à la colère facile, toutes les fois qu'elles font de l'hyperthyroïdie.

Chez l'homme cette colère thyroïdienne est plus rare parce que l'hyperthyroïdie est rare chez lui. Aussi rencontrons-nous très rarement les bouffées de chaleur, les palpitations, l'insomnie dans le sexe masculin.

Toutefois la colère, est bien plus fréquente chez les hommes, atteint d'impuissance plus ou moins forte que chez ceux ayant des testicules bien développés.

Symptomatologie.— Les symptômes de la colère d'origine thyroïdienne sont ceux de l'hyperthyroïdie, savoir :

1.— Rougeur de la figure, les joues de ces malades sont souvent plus ou moins rondes.

2.— Bouffées de chaleur.

3.— Palpitations.

4.— Augmentation du volume du ventre.

5.— Et chez la femme, la diminution ou l'insuffisance des règles.

Ici je dois vous rappeler que les règles normales doivent durer 5 jours avec l'usage de 15 serviettes en tout. Cependant il ne faut pas accepter ce chiffre d'une façon absolue mais le considérer d'après le cas. C'est ainsi qu'il y a des femmes qui présentent les symptômes d'hyperthyroïdie avec des règles de 5 jours et 15 serviettes et d'autres qui n'en ont pas. C'est parceque les premières étaient habituées à des règles plus abondantes, lesquelles ayant diminuées ont provoqué l'hyperthyroïdie.

Traitement.— Ce traitement constitue également l'épreuve thérapeutique de la théorie que j'avance. En effet, Messieurs, tous les cas de colère dus à l'hyperthyroïdie guérissent complètement par l'extrait ovarien. Le résultat est d'autant plus rapide et radical que l'hyperthyroïdie est de date plus récente, il est d'autant plus constant que les ovaires (ou les testicules) sont plus sains.

Observations

I.— Je vous ai déjà parlé de l'hystérique de 35 ans qui, atteinte d'hyperthyroïdie par insuffisance ovarienne, voyait sa colère diminuer dans des grandes proportions.

II.— Jeune de 30 ans, taille moyenne, grosses joues rouges, gros ventre très coléreux, 8 jours après un traitement orchitique, voit sa colère diminuer dans des grandes proportions.

III. — M^{me} S. B. 54 ans. Accès très fréquent et très facile de colère depuis quelque temps. 3 semaines après le traitement orchitique la colère disparaît complètement. Elle fait à peine une apparition de très courte durée de temps à autre, mais comme elle suit toujours son traitement elle va de mieux en mieux.

IV.— M^{me} B. 22 ans, insuffisance ovarienne acquise avec troubles d'hyperthyroïdie caractérisée entre autre par de très fortes colères, le tout datant de 6 mois: 15 jours après le traitement orchitique ses règles arrivent d'une façon normale et la colère diminue des $\frac{3}{4}$. Elle est toujours sous traitement.

Docteur,

Pour guérir blennorrhagie, blennorrhée, urethrite, cystite aiguë ou chronique, pyurie, pyélite, pyélonéphrite et toute affection purulente des Voies urinaires,

Le *Santal Henry* se recommande à votre bienveillante attention grâce à sa composition étudiée et rationnelle.

par le salol il désinfecte, purifie les muqueuses souillées et sanieuses,

par le bleu de méthylène, il calme les douleurs,

par l'essence pure de santal il met un baume bienfaisant sur des muqueuses irritées, enflammées..... et guérit.

SANTAL HENRY

au Salol, au Bleu de Méthylène, l'Essence de Santal

Médicament complet

le plus énergique, d'une efficacité remarquable.

DÉPOT: TOUTES PHARMACIES & DROGUERIES

Echantillons et Littérature:

LABORATOIRE du Docteur H. PHILIPPE, 14, Rue du Palais-Grillet, LYON (France)

L'élaboration
normale des principes
endocriniens se fait
suivant une loi
harmonique. Les
troubles fonctionnels
traduisent les *écarts*
de cette
harmonie sécrétoire;
la *thérapeutique*
doit tendre alors à la
rétablir par l'admini-
stration de principes à
action *définie* et
différenciée.

Laboratoires CIBA
1, Place Morand. — LYON

AGOMENSINE

Αγογος, qui amène: Εμμηνα, menstrues

ACTIVE ET SOLLICITE

LES FONCTIONS MENSTRUELLES

3 à 9 Comprimés par jour.

SISTOMENSINE

Σistere, arrêter: Μensis, mois

MODÈRE ET RÉGULARISE

LES FONCTIONS MENSTRUELLES

3 à 6 Comprimés par jour

MÉDICATION GAIACOLÉE INTENSIVE

"Résyl"

ÉTHER GLYCÉRO-GAIACOLIQUE SOLUBLE

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires
du Lymphatisme
de la **Tuberculose**
dans toutes ses manifestations

Le Résyl réalise l'antiseptisme pulmonaire et possède tous les avantages de la médication créosotée

sans aucun de ses inconvénients.

Sous son influence, la sécrétion bronchique se tarit, la toux s'apaise, les lésions cessent d'évoluer puis se cicatrisent, le poids augmente, les sueurs disparaissent, l'état général devient meilleur.

Trois formes { Sirop { Flacons de 40 doses.
 { Flacons de 20 doses.
 Comprimés, tubes de 20 doses.
 Ampoules de 2 cm³ (injections sous-cutanées).

Laboratoires O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

Dépôtaires exclusifs
pour la Turquie.

J. BERT & C^o, CONSTANTINOPLE

VALEROBROMINE LEGRAND

SÉDATIF ÉNERGIQUE DES CENTRES NERVEUX

Pas d'accidents de Bromisme comme avec les Bromures minéraux

Pas d'irrégularité d'action comme avec les Valériانات

CALME

rapidement les Névralgies diverses, la Neurasthénie, l'Epilepsie, l'hystérie, l'Insomnie due à l'agitation fébrile, la Coqueluche, les Toux irritantes dites nerveuses, l'Asthme, etc.

LIQUIDE 0,50 de bromovalérianate de soude par cuillerée à café.

CAPSULES 0,25 de bromovalérianate de magnésie par capsule.

DRAGÉES 0,125 de bromovalérianate de gâicel par dragée.

Vente en Gros, Échantillons et Littérature :

DARRASSE FRÈRES, 13 Rue Pavés, 13-PARIS

DÉTAIL : Toutes Pharmacies

Messieurs je puis continuer cette liste, mais tous les cas se ressemblant comme calqués les uns sur les autres, je vous en fait grâce.

Traitement préventif de la colère d'origine thyroïdienne.— Ce qui est bien plus intéressant, c'est que cette colère de nature thyroïdienne si fréquente dans la pratique surtout chez la femme, est facile à prévenir.

Etant donné que toutes les filles ou femmes atteintes d'insuffisance ovarienne sont menacées d'hyperthyroïdie, par conséquent de colère thyroïdienne, il n'y a qu'à prévenir cet état en fortifiant les ovaires ce qui peut s'obtenir très facilement, soit par l'ovarine, soit par l'agomensine, soit enfin par l'extrait orchitique.

Il en est de même des hommes, tous ceux ayant de petits testicules doivent être traités à temps et éviter tout ce qui peut les affaiblir, comme les excès vénériens et l'alcool.

Résumé

Une origine de la colère due à l'hyperthyroïdie est démontrée par le fait que la colère fait complètement défaut chez les myœdémateux sans dire qu'elle est accusée chez les Basedowiens. Cette colère absente jusque-là, apparaît toutes les fois que l'insuffisance ovarienne est suivie d'hyperthyroïdisme.

Point capital, elle disparaît par le traitement opothérapique.— Cette colère peut-être prévenue par un traitement préventif.

La nature thyroïdienne de la colère nous ouvre un jour nouveau en matière de code pénal, de criminologie. Elle nous explique l'irresponsabilité des femmes criminelles, atteintes d'insuffisance ovarienne et d'hyperthyroïdie.

Dans tous les cas de colère, nous devons chercher l'insuffisance ovarienne chez les femmes ainsi que les symptômes d'hyperthyroïdie et l'état des testicules chez les hommes coléreux.

Chez les adolescents des deux sexes si nous cherchons également l'état de ces deux ou plutôt de ces trois glandes (testicules, ovaires, thyroïde) nous pourrions changer complètement le caractère coléreux, entêté et impertinent si fréquent chez les adolescents.

Durée du traitement.— Elle dépend de l'ancienneté du cas, de son intensité et de l'état des ovaires ou des testicules.

Dans les cas récents (colère acquise) la colère peut guérir en 2 ou 3 semaines suivant son intensité.

Dans les cas anciens, dans les cas congénitaux, la durée est longue et pour obtenir un résultat définitif il faut souvent plusieurs mois, puisqu'il s'agit de changer profondément toute une constitution.

Si le cas est très intense la guérison est plus difficile. Suivant les cas celle-ci peut-être définitive ou passagère, il faut alors faire faire des cures d'ovaires ou d'extrait testiculaire.

Discussion.

Dr. PORTIAS.— Dit qu'il y a 15 ans qu'il est connu que les dysthymies, les troubles de l'humeur sont d'origine thyroïdienne, et la glande thyroïdienne est nommée glande de l'émotion par Marano, et l'anglais Cannon considère la colère comme une sympathicotomie.

Toujours est-il qu'en soumettant un animal à la peur on constate l'excès de l'adrénaline dans son organisme. D'autre part l'injection de l'adrénaline chez les hyperthyroïdiens provoque l'émotion, les tremblements, la tachycardie etc.

L'émotion détermine non seulement des modifications nerveuses mais humurales aussi, qui se manifestent par des changements de l'équilibre colloïdal (Widal). Au cours des grandes émotions il y a leucopénie, chute de la tension artérielle et on peut employer l'expression populaire "j'en ai eu le sang tourné."

Dr. ZENOPE.— Remercie le Dr. PORTIAS d'avoir parlé des travaux si intéressants et dont il n'avait pas eu connaissance.

La sympathicotomie dit-il est la conséquence de l'hyperthyroïdie ; les nerfs ne se mettent en mouvement qu'après une excitation. Nul doute que quand il y a hypertension artérielle, d'ailleurs, ajoute-t-il, ma communication n'attribue pas de colère toujours à l'hyperthyroïde, mais elle parle d'une origine thyroïdienne de la colère, en outre le point intéressant consiste au traitement de ce genre de colère.

ENSUITE. La Société désigne à l'unanimité Mr. le Dr. RECHAD RIZA Bey à la représenter au JUBILE de PASTEUR en FRANCE.

La séance est levée.

Séance du 25 Mai 1923

Présidence du Dr. BARBOUTH, Vice-président.

Présentation des malades.

1.— Dr. HANDJIAN, présente une femme qui a été opérée, il y a 22 ans pour une ostéite tuberculeuse du peroné. Mais depuis 18 ans elle porte des lésions de la peau de la même jambe, qui s'étendent jusqu'à la cuisse, le Dr. Hodara était d'avis qu'il s'agit d'une sporotrichose, le Dr. Aly Fuad Pacha ayant fait l'examen microbyologique et n'ayant pas constaté de la sporotrichose, Mr. Hodara pense à la tuberculose, le Dr. Handjian désire avoir l'avis de ses confrères.

2.— Dr. OSMAN CHEREFEDDIN, présente un enfant atteint d'un goitre énorme, qui remonte jusqu'aux oreilles et descend jusqu'au sternum, ce malade a en même temps de l'exophtalmie, des palpitations et des troubles. On lui a administré des minimes doses d'iode, qui ont apporté une amélioration de l'état général, et la diminution du volume de la tumeur. Le Dr. Osman Cherefeddin relate les cas de 3 autres goitreux traités par la même méthode et qui ont abouti au même résultat.

3.— Dr. OSMAN CHEREFEDDIN, présente un jeune diabétique, qui a eu dans le passé une ostéite des côtes, suivie de quelques localisations pneumoniques. Pendant les premiers jours de la maladie les urines de ce jeune homme contenaient 68-80 gr. de sucre et 1 gr. 50 d'acéton, dosé par la méthode de Denigès. Ce qui est à noter chez ce malade c'est l'apparition de l'acéton, en éliminant de sa nourriture les matières hydrocarbonnées et la disparition de l'acéton en lui faisant ingérer des hydrocarbonnés.

4.— Dr. CONOS, présente un cas de maladie familiale héréditaire "*Myopathie primitive juvenile d'Erb*" chez un jeune homme de 22 ans. Il est à constater chez ce malade une atrophie des muscles, surtout du thorax et légèrement des membres supérieurs. Les muscles des membres inférieure sont intacts. Ce malade a des épaules ailées très caractéristiques et il ne peut pas se lever de la position couchée.

5.— Dr. BARBOUTH, présente un rein qu'il a enlevé opératoirement il y a 3 jours à une jeune fille âgée de 21 ans. C'est un rein assez gros et qui était d'un tiers plus gros lorsqu'on la extrait, puisqu'il contenait de l'urine purulente. Il renferme 3 gros calculs,

ANTISEPTIQUES LAROCLETTE

MARQUE



DÉPOSÉE

MANUFACTURE FRANÇAISE

D'OBJETS ET PANSEMENTS

Etablissements B. MULSANT

Fournisseur des Hôpitaux, des Ministères de la Guerre et de la Marine

VILLEFRANCHE-S/-SAONE (RHONE)

Seule Maison pouvant produire 3,000 kilos de Coton hydrophile par jour

Cotons, Gazes simples et médicamenteuses,
Compresses, Bandes simples et stérilisées
Catguts Lefort stérilisés et C. G. I. du Docteur Pauchet
Crêpes Larochette, THERMOSINE LAROCLETTE
ouate révulsive et tous articles antiseptiques.

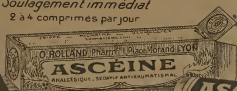
**NÉVRALGIES
MIGRAINE, GRIPPE
SCIATIQUE, RHUMATISMES**
et toutes pyrexies

*Soulagement immédiat
2 à 4 comprimés par jour*

**ANTIRHUMATISMAL
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF**

ASCÉINE

(Acétyl-phenétidine Acétyl-salicylique)
Caféine



Fabricant:
**Laboratoires
O. ROLLAND
LYON - FRANCE**



L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication **Gomenolée**, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation
d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

**OLEO-GOMENOL PREVET à
5 0/0** pour pulvérisations et Ins-
tillations nasales.

**OLEO-GOMENOL PREVET à
10 0/0** pour Injections trachéales
et modificatrices.

**OLEO-GOMENOL PREVET à
20 0/0** pour Pansements chirurgi-
caux et gynécologiques, Instillations
vésicales, Injections intra-muscu-
laires, Lavements, etc.

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour
Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui
pour Affections broncho-pul-
monaires.

GOMENOL SIROP en flacon
pour Trachéo-bronchite, Coque-
luche, etc.

GOMENOVULES pour Panse-
ments gynécologiques.

Laboratoire des **PRODUITS du GOMENOL**, 17, rue Ambroise-Thomas --- PARIS (IX^e)

dont un du volume d'un gros œuf est enchatonné dans le tiers supérieur du rein, le second de la grosseur d'un petit œuf est logé séparément dans la partie moyenne du rein; quant au troisième, du volume d'une datte il bouge librement dans le pôle inférieur très dilaté par du liquide uro-purulent. Le malade est venu il y a un mois, se plaignant de cystite, à l'examen le Dr. Barbouth a constaté un rein gauche très gros, sensible et surtout dur. Un autre point bien curieux, c'était la sensation d'une crépitation lorsqu'on comprimait fortement le pôle supérieur. Une radiographie montra un gros rein bourré de calculs, pas très opaques. Vu que ce rein était probablement détruit, vu que la constante d'Ambard, ainsi que l'élimination du bleu étaient normaux, le Dr. Barbouth a fait la nephrectomie, dont les résultats sont satisfaisants, la malade urine clair et ne présente aucun signe d'urémie.

Le Dr. Barbouth a voulu apporter ce cas devant la société, 1^o parce que la forme et la situation en loges séparées l'a frappé. 2^o parce que à cet âge il est très rare de trouver de si gros calculs. 3^o parce que la malade ne se plaignait pas du rein.

Dr CHILAUDITTI, présente une jeune fille ayant une tumeur à l'omoplate droit. L'examen radiographique a démontré qu'il s'agissait d'un ostéosarcome. Cette malade a été soumise à la radiographie profonde durant une année. 5 mois après le traitement une calcification s'est produite. Actuellement la tumeur a disparu et une radiographie faite aujourd'hui même montre l'existence d'une nouvelle formation osseuse.

Mais depuis quelque temps la malade ressent de nouveau des malaises qui sont dues probablement à une nouvelle récurrence. Malgré cela l'état général est satisfaisant.

7.— M^{me} la D^{tesse} KAUFMANN, reporte le cas de son cor au pied qui jusqu'à présent malgré toutes sortes de thérapies récidivait toujours. Cette fois-ci le Dr. Chilaïditti l'a traité par la curithérapie dont le résultat a été très satisfaisant. La D^{tesse}. Kaufmann remercie le Dr. Chilaïditti pour cet heureux résultat.

Dr. CHILAUDITTI, précisant la technique du traitement, dit qu'après l'application du radium il survient une réaction qui effraye les malades, mais après 3-4 semaines tout est guéri.

Discussion :

Cas présenté par le Dr Handjian.

Dr. BARBOUTH.— Je ne puis rien dire pour les parties ulcérées, mais le reste me donne l'impression d'une éléphantiasis. Cette

femme a eue des crises de lymphangite et l'éléphantiasis n'est qu'une lymphangite chronique.

Dr. ZENOPE.— Comme cette femme a été opérée il y a 20 ans pour tuberculose osseuse, ne pourrait-on pas penser qu'il s'agit d'un lupus?

Dr. CHILADITTI.— Théoriquement dans ce cas les rayons X doivent avoir une action, mais par suite de ce traitement il y aura une énorme quantité de toxines à résorber, ce qui peut être grave pour la malade.

Dr. HANDJIAN.— Afin de nous éclairer sur la nature de la maladie j'ai demandé l'examen histologique, et vous tiendrai au courant du résultat.

Cas de goître présenté par le Dr Osman Chereffeddin.

Dr. BARBOUTH.— Il est évident que le traitement par l'iode a donné des meilleurs résultats, la dystyroïdie est améliorée, mais je crois qu'il est temps de confier ce malade au chirurgien.

Dr. YAHoub.— Il est tout naturel qu'on traite les goitreux d'abord par l'iode, mais dans ce cas il y a indication de l'extirpation de tyroïde en préservant une partie de la glande pour empêcher le crétinisme.

Dr. ORHAN TAHSIN.— Je m'associe au Dr. Barbouth, les baedowiens sont très mal influencés par l'iode. L'iode ne peut rien faire une fois que les cellules sont dégénérées. Et quand il y a dégénérescence il faut immédiatement recourir à l'extirpation.

Dr. CHILADITTI.— Il est à noter que dans certaines formes de goître les rayons X sont préférables par leurs influences très favorables sur les sécrétions internes.

Dr. ORHAN TAHSIN.— Le Prof. Roux préfère la ligature de l'artère tyroïdienne dans tous les cas où l'extirpation n'est pas possible.

Dr. OSMAN CHEREFEDDIN.— Je pense aussi qu'il est temps de faire opérer ce malade. Mais ce que j'ai voulu soumettre à votre attention c'est le résultat obtenu par des minimes doses d'iode.

Cas de diabète présenté par le Dr Osman Chereffeddin.

Dr. YAHoub.— Je crois qu'il y a beaucoup probabilités pour que ce diabète ne soit pas la suite d'une hépatite tuberculeuse.

Dr. OSMAN CHEREFEDDIN.— Dans ce cas nous avons recherché la syphilis, l'urobiline, nous avons contrôlé le fonctionnement du

foie, sans trouver aucun indice. Il est bien probable que ce diabète soit la suite d'une hépatite tuberculeuse.

Cas présenté par le Dr Conos.

Dr. ANTONACOPOULO.— Quel autre caractère familial existe-t-il dans cette maladie.

Dr. CONOS.— Cette maladie est toujours familiale et nous n'avons pas d'autre manière de l'expliquer.

Cas présenté par le Dr Barbouth.

Dr. YAHOUB.— J'ai eu l'occasion d'opérer un cas pareil, un rein qui contenait 4 calculs (radiographié par le Dr. Chilaïditti) il n'a jamais eu de coliques ni de douleurs, ni d'hémorragie, sauf une pyurie et des signes de cystite. Je n'ai pas jugé bon d'enlever le rein, tandis que dans le cas du Dr. Barbouth il n'y avait pas de possibilité de garder le rein.

Dr. ZACARIAN.— Il y a des techniques spéciales qui rendent facile la visibilité des calculs.

Dr. BARBOUTH.— Propose de mettre à l'ordre du jour la question de visibilité des calculs aux rayons X.

Dr. CHILAIIDITTI.— 97 pour % des calculs du rein sont visibles aux rayons X tandis qu'à peine 25 % des calculs de la vésicule biliaire sont visibles.

Dr. ZENOPE.— Comme le pneumo-rein est difficile, le pneumo-péritoine ne serait-il pas suffisant ?

Dr. BARBOUTH.— La technique du pneumo-rein est bien facile, mais je crois que le résultat soit meilleur par les méthodes ordinaires.

Cas présenté par le Dr Chilaïditti.

Dr. BARBOUTH.— Le sarcome de l'omoplate est une chose bien rare. Le résultat obtenu par les rayons X est très encourageant.

Procès-verbal de la Séance précédente

Lecture est donnée du procès-verbal de la seance précédente qui est adopté à l'unanimité.

Ordre du jour

Le Dr. CHILAIIDITTI, continue sa communication sur le traitement des fibromyomes utérins.



Biotose Ciba

EXTRAIT VITAMINÉ POLYVALENT

CONTENANT LES FACTEURS HYDRO ET LIPOSOLUBLES INDISPENSABLES
A LA CROISSANCE ET A LA NUTRITION

Favorise l'assimilation des substances alimentaires proprement dites: albumi-
noïdes, graisses, hydrates de carbone, sels minéraux (action vitaminique).

Sollicite et active le fonctionnement des glandes endocrines (action vitaminique)

Facilite la digestion des substances amylacées (action diastasique).

INDICATIONS

Chez l'Enfant: hypotherpsie, Troubles de la croissance, Rachitisme, Prétuberculose.

Chez l'Adulte: Etats dyspeptiques et enteriques, Grossesse, Troubles endocriniens, Convalescence, etc.

DOSES: 2 à 6 cuillères à café par jour

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON



NOTRE TRIADE IODÉE - HYPOTENSIVE, EUPNÉIQUE, SPÉCIFIQUE



Lipoiodine

REMPLACE IODES ET IODURES
La mieux tolérée et la plus active
des préparations iodées organiques

2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR



Iodogyre

ASSOCIATION SYNERGIQUE DE IODE ET D'ORG.
Assure l'efficacité des cures d'entretien
et de sécurité. Tolérance parfaite

1 à 4 COMPRIMÉS PAR JOUR

Lipoféine

EUPNÉIQUE ET CARDIOTONIQUE
Fluidifie les sécrétions bronchiques
Spécifique de l'emphysème
et des asthmes secs

1 à 4 COMPRIMÉS PAR JOUR

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, Ph^c 1, Place Morand - LYON

KALMINE

(Pyramidon, Caféine, Guarana etc.)

LE PLUS ACTIF LE PLUS INOFFENSIF
DES CACHETS ANTI-DOULEUR

Échantillons sur demande: Laboratoire P. MÉTADIER, Dr en Ph^{ie}-TOURS

**Spécifique contre les maladies du foie
et puissant tonique**

BOLDO-VERNE

LE SULFARSÉNOL

Adopté dans les Hôpitaux Civils et Militaires

Dans la Syphilis

LE MOINS DANGEREUX:

Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénobenzènes.

LE PLUS COMMODE:

Dissolution rapide. Injections intraveineuses intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.

LE PLUS EFFICACE:

Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides profonds, durables.

Littérature et échantillons: J. BERT,

Voïvoda Han, GALATA-Constantinople.

GANGRÈNE ARTÉRIELLE SURRÉNALE

par le Professeur DR. V. OPPEL

Chirurgien de l'Académie de Médecine

La théorie que j'ai offerte sur la provenance de la gangrène nommée « spontanée » est confirmée actuellement par un nombre considérable de faits

Je dirai d'abord, quelques mots sur la théorie elle-même.

Sous l'influence d'une cause inconnue les capsules surrénales commencent à hyperfonctionner et cela amène un état qui peut être caractérisé par le mot « hypersuprarénalisme ».

Le superflu de la sécrétion surrénale, se mêlant au sang, amène des spasmes des artères, parceque cette sécrétion abonde en adrénaline et provoque le dérangement de leur nutrition; j'appelle ce dérangement « artériose ».

L'artériose est suivie de la destruction de l'endotelia des artères, en conséquence de quoi ces dernières se trombent. Une vaste propagation de la thrombose des artères finit par la gangrène de l'extrémité.

Cette théorie nous explique la raison pour laquelle en cas de gangrène spontanée, la gangrène d'une des extrémités est nécessairement suivie de la gangrène de l'autre.

Les faits suivants prouvent la justesse de ma théorie :

1. dans le sérum du sang des personnes atteintes de la gangrène spontanée on trouve toujours des substances vasoconstrictives en quantité dépassant la quantité normale. Après l'épinefrectomie chez les mêmes personnes la pression artérielle baisse au-dessous du degré normal. La courbe du pouls se rapproche de l'état normal. Le nombre de substances vasoconstrictives diminue en rapport du sérum des personnes saines. J'attribue le superflu de substances vasoconstrictives dans le sérum du sang en cas de gangrène spontanée aux substances (matières) de l'espèce d'adrénaline émancées par les capsules surrénales.

L'expérience suivante m'a convaincu de la justesse de mon opinion. L'adrénaline, introduite dans la veine du lapin, augmente les propriétés vasoconstrictives du sang aussi bien que du sérum.

2. La pression artérielle chez les malades âgés de moins de 40 ans, est normale, mais la courbe du pouls est dure.

Ces faits démontrent la présence des spasmes des artères. Après l'épinefrectomie chez les mêmes malades la pression artérielle baisse au-dessous du degré normal. La courbe du pouls se rapproche de l'état normal.

3. La pression artérielle chez les malades âgés de plus de 40 ans est toujours plus forte que la pression normale à cet âge. Après l'épinefrectomie la pression tombe et devient normale. La courbe du pouls s'améliore.

4. Chez les malades âgés de moins de 40 ans la pression artérielle dans les doigts des mains est plus faible que d'ordinaire; après l'épinefrectomie la pression augmente considérablement. Ce phénomène peut être expliqué de la façon suivante: l'abolition des spasmes des artérioles, et même des plus petites, permet au flot systolique d'atteindre les artères les plus périphériques avec moins d'effort.

5. Dans le sang des malades souffrant de la gangrène spontanée on trouve un superflu de la matière sucrée. Après l'épinefrectomie la quantité de cette matière baisse et devient normale.

6. Au point de vue morphologique, le plus caractéristique changement du sang en cas de gangrène spontanée, c'est la présence d'un grand nombre de trombocytes. Après l'épinefrectomie ce nombre baisse brusquement.

7. Les capsules surrénales opérées abondent en cholestérine. Cependant la quantité de cholestérine dans le sang des malades avant l'opération n'a pas augmenté, tandis qu'après l'épinefrectomie, non seulement elle n'augmente pas, mais elle diminue. J'en tire la conclusion que les capsules surrénales, hyperfonctionnent, parcequ'elles puisent la cholestérine du sang trop avidement, ou en élaborent trop.

Je dois noter que presque chez la moitié des personnes atteintes de la gangrène spontanée, la coagulation du sang est augmentée et chez les deux tiers des malades c'est la viscosité du sang qui est augmentée.

Après avoir démontré la théorie d'artériose des capsules surrénales suivie de la gangrène spontanée, je veux offrir à votre attention les résultats cliniques du traitement de cette maladie à l'aide de l'ablation de la capsule surrénale gauche.

Jusqu'à présent j'ai opéré 38 malades; six d'entre eux sont morts après l'opération. Cinq personnes ont été opérées tout récemment il m'est impossible de parler du résultat de leur traitement. Dans le nombre des 27 autres il y en avait 13, auxquels j'ai amputé les extrémités les plus atteintes.

La comparaison des résultats obtenus par l'épinefrectomie faite avec ceux obtenus par les opérations palliatives nous prouve que ces dernières mènent souvent à l'amputation.

C'est pourquoi les opérations palliatives ne sont utiles aux malades qu'en état de prodrome.

L'épinefrectomie, abolissant radicalement l'hypersuprarénalisme, est aussi efficace dans la période de prodrome. Parfois cette opération arrête la gangrène qui avait déjà commencé : le doigt atteint de la gangrène est momifié, entouré d'une ligne de démarcation et le malade guérit. J'avais observé 7 cas pareils. Je veux vous présenter l'exemple le plus éclatant : un homme âgé de 35 ans était soigné à partir du mois de Septembre 1921. Il avait subi une opération symplectomie, periartérielle après quoi la veine droite (qui est derrière le genou) lui fut liée. La gangrène du pied droit ne s'était pas arrêtée. Exarticulation de la jointure droite du genou. Vers le 20 Décembre 1921 j'ai trouvé le malade chez lui dans l'état suivant : le moignon de la jambe droite n'était pas cicatrisé, des douleurs atroces au pied gauche, manque de pouls dans les artères des pieds, trois orteils du pied gauche atteints de gangrène. La jointure du pied gauche dans un état contracté. Le 10 Janvier je lui ai fait subir l'épinefrectomie du côté gauche. Après l'opération les douleurs ont disparu. Au bout de deux semaines le moignon de la jambe droite s'est cicatrisé. Les trois orteils tombèrent d'eux mêmes successivement. Le malade parvenait peu à peu à plier le genou contracté. Au mois d'Avril il quitta le lit, se servant de béquilles. Vers ce temps le pouls apparut dans l'artère gauche antérieure au-dessus de l'astragale. Les 18 mois se sont écoulés et le malade est complètement remis faisant du commerce. A noter : il est devenu morphinomane.

L'expérience démontre qu'il est plus facile d'arrêter la gangrène quand l'artère du *sous-genou* n'est pas bouchée.

Dans le cas contraire il est souvent impossible d'arrêter la gangrène envahissante.

Dans toutes les autres conditions semblables il est plus facile d'arrêter la gangrène chez les sujets au-dessus de 40 ans. Dans cet âge il s'y joint ordinairement l'artériosclérose.

Chez des sujets plus jeunes, l'épinefrectomie, en supprimant les spasmes des artères, permet aux artères collatérales de se dilater. En cas d'artériosclérose la suppression des spasmes des artères ne leur rend pas la capacité de se dilater.

Si chez tous les malades (comme l'a démontré l'expérience) la gangrène ne peut être arrêtée par l'épinefrectomie, elle donne en tous cas la possibilité de remplacer l'amputation de la hanche ou l'exarticulation du genou d'après la méthode de Gritti — par l'amputation du tibia.

A partir du moment, où j'ai commencé à appliquer le traitement de la gangrène par l'épinefrectomie dans le cas où l'amputation de l'extrémité était nécessaire, je suis devenu plus conservatif.

Dans 13 cas d'amputation j'ai été obligé une fois seulement d'amputer la hanche — 2 fois j'ai fait l'opération selon la méthode Gritti, 9 fois l'amputation du tibia et 1 fois l'amputation du pied.

Il va sans dire qu'en cas de gangrène spontanée les pouls périphériques disparaissent peu à peu.

Après l'épinefrectomie chez plusieurs malades les pouls reparaissent dans les artères, d'où ils étaient absents avant l'opération.

La dernière question est celle de récidence.

Théoriquement, je ne nie pas la possibilité de la récidence de l'hyperfonction des capsules surrénales, parceque la capsule surrénale restant est capable de soutenir l'hypéradrénalisme.

Parmis les malades qui ont été sous ma surveillance pendant 6-18 mois, je n'ai pas vu un seul, chez qui, en cas de l'hyperfonction des capsules surrénales, la pression artérielle et la courbe du pouls seraient revenus à l'état d'avant l'opération. Je n'ai pas non plus observé de récidence à la clinique.

Parmis les 27 malades opérés, pas un seul n'est venu se plaindre du retour des douleurs ou de l'apparition de la gangrène.

Me basant sur ce que je viens d'exposer, je pense qu'avant tout j'ai le droit d'appeler la gangrène spontanée — gangrène surrénale artériotique.

Que j'ai le droit, dans le but de traiter cette maladie, d'amputer la capsule surrénale, et surtout la gauche, comme la plus accessible et enfin — que j'ai le droit de recommander cette opération, parceque:

1. Chez beaucoup des malades elle arrête la gangrène, c'est à dire elle la guérit.
2. En cas d'opération nécessaire, elle permet de faire une opération plus conservative.
3. Chez la majeure partie des malades elle prévient la gangrène des autres extrémités.

QUELQUES CONSEILS

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Se méfier de la créosote en raison des troubles digestifs qu'elle provoque presque infailliblement au bout d'un certain temps, et des poussées congestives qu'elle peut déterminer. L'action modificatrice du gaïacol étant incontestable, employer celui-ci sous forme de Résyl (sirop, comprimés, ampoules).

Ce dérivé gaïacologique inodore et toujours bien toléré, exerce une action antiseptique incontestable au niveau des alvéoles pulmonaires (disparition des bacilles de l'expectoration) et modifie heureusement, en l'acidifiant, le chimisme humoral du tuberculeux (Brachet).

Par voie buccale, 0 gr 30 à 0 gr 50 par jour (comprimés ou sirop); par voie hypodermique 0 gr 20 tous les deux jours (une ampoule de 2 cmc).

MENOPAUSE

Régime plutôt lacto-végétarien, viande grillée à midi, supprimer crudités, acidités, aliments fermentescibles.

Vie calme, un peu d'exercice, éviter la sédentarité. Hydrothérapie tiède, grands bains. Opothérapie par extraits ovariens sélectionnés: agomensine, deux comprimés par jour, 10 jours par mois; sistomensine, si phénomènes douloureux ou congestifs.

COMMENT RECALCIFIER

Les nerveux, les déprimés, et surtout les tuberculeux, sont toujours améliorés par un traitement s'opposant à leur déminéralisation. On insistera dans le régime sur les aliments riches en sels minéraux, on exclura les mets acides, on prescrira :

Phytine	0 gr 25
Carbonate de chaux	0 » 50
Magnésie lourde	0 » 25

2 à 3 cachets par jour (aux repas).

Ce traitement ne tarde pas à manifester ses effets: réveil de l'appétit, augmentation de poids, sensation de vigueur plus grande.

BRONCHITE AIGUE INFANTILE

Tenir l'enfant dans une pièce très aérée maintenue à 16-18.^o
Chez les nourrissons et enfants en bas-âge, bottes d'ouate avec tafetas gommé et bande. Cataplasme sinapisé matin et soir, sur la poitrine et le dos

Sirop de Résyl, 25 à 50 gouttes jusqu'à un an, 30 à 120 gouttes de un à 3 ans, une cuillerée à café de 3 à 7 ans, avec le lait du biberon, ou au moment de la tétée avec un peu de lait tiède.

Pendant la convalescence : changement d'air, Fortossan 1 à 2 cuillerées à café par jour, huile de foie de morue, ou mieux Biotose 1 à 2 cuillerées à café par jour.

ALIMENTATION DU NOURRISSON

Toutes les fois que celui-ci ne pourra être alimenté par le lait de sa mère, et que l'on devra recourir aux farines lactées ou aux laits condensés, administrer chaque jour 1 à 2 cuillerées à café de Biotose : tous phénomènes de carence seront ainsi prévenus et l'enfant se développera normalement étant ainsi pourvu des éléments vitaminiques nécessaires à sa croissance et à la formation de son squelette.

BOUFFÉES DE CHALEUR DE L'ÂGE CRITIQUE

Veiller au régime (pas de mets épicés, peu de viande, ni thé, ni café, ni alcool). Bains tièdes prolongés. Bains de pieds sinapisés.

Extrait fluide d'hydrastis	} à à 10 gr.
» » d'hamamélis	
» » de viburnum	

XX gouttes avec un peu d'eau, 3 fois par jour.

Opothérapie ovarienne avec Agomensine, 3 à 8 comprimés par jour ; avec Sistomensine 3 à 6 comprimés, si métrorragies.

MORTALITÉ DE LA VILLE DE CONSTANTINOPLE

du 1^{er} Août au 1^{er} Septembre 1923

Causes des Décès

	Décès
Peste	1
Typhus exanthématique	2
Fièvre Typhoïde (Typhus abdominal)	23
Dysenterie	8
Variole	8
Rougeole	3
Scarlatine	2
Diphthérie et croup	1
Coqueluche	2
Erysipèle	2
Grippe	1
Paludisme	10
Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerp.)	1
Autres affections contagieuses non spécifiées	2
Tuberculoses (poumons, méninges, etc. etc.)	218
Méningite cérébro-spinale épidémique	2
Syphilis	1
Affections du cerveau	70
Autres affections du système nerveux non spécifiées	32
Maladie du cœur et de l'appareil circulatoire	101
Affections de l'appareil respiratoire non spécifiées	83
Maladies de l'appareil digestif	84
Gastro-entérite des enfants	116
Affections des reins et voies urinaires	51
Affections des organes génitaux	1
Affections du foie, pancréas et de la rate	7
Maladies communes non spécifiées	36
Maladies constitutionnelles non spécifiées	12
Maladies chirurgicales	7
Débilité congénitale et vice de conformation	75
Morts nés	25
Sénilité	43
Tumeurs malignes	33
Morts violentes (suicide excepté)	22
Suicide	4
Total	1.089

Mortalité de la période correspondante de l'année 1922 . . 1.026

VARIÉTÉ

CADAVRE

Au coin de la paupière où l'œil flétri se vide,
Une mouche hardie, au corselet d'émail
Sème, au hasard, ses œufs, dans un ardent travail...
La table s'offre, riche, à sa vermine avide.

Tôt, éclosent les vers, qui par plis et par rides,
Grouillent en ondulant, comme un vivant corail,
Ils soulèvent les cils, écartant leur fermail
Qui s'empèse de sucs, liquifiés et putrides.....

Voici qu'on est venu draper dans un linceul,
Le cadavre avancé, qui n'ira point tout seul,
Dans la bière hermétique, aux joints clos et fidèles.

La Mort, qui le dissout, attend la larve aussi!...
Oh! l'Insecte étourdi, qui ne prit point souci,
Que les siens périraient, sans avoir jamais d'ailes!

Dr. LOUVEL
(La Ferté-Macé)

INSTITUT PASTEUR DE PARIS
SÉRUMS & VACCINS

préparés par le service de Sérothérapie

DATE DE VALIDITÉ GARANTIE

Dépositaire exclusif: J. BERT, Constantinople

راته‌لیه فم سری‌ده قائمی بر وضعیتده قالمش اولوب بو صورتله جدار مری‌ده خرابیت تولید ایتمه‌مشدی .

خسته‌مزك خبری اولیه‌رق فم مری‌ده، اوچ آی برهفته ضرر سز بر مسافر اوله‌رق قالان اشبو جسم اجنبی حیاتی و وخیم براحتلاط تولید ایتمه‌رك قالمش صرف وضعیت جسمك موافق بر طرزده بولونیشی و فراخذ اولمایشی عین زمانده فم مری‌ك صولده اوفاجق دارالمش قسمندن بر مقدار مایع موادك کچه‌بیلرسی سببیه آچالقدن ثولمه‌مکلكنی ممکن قلمشدر .

ایشته اوچ آیدن زیاده بر مدت مری‌ده قاله‌بیلن و ثولدورمین بر مشاهده اولرسی قیمتیه عرضه شایان کوردیکم بو وقعه حسن نتیجه‌ك الده ایدلسی اولجه اخراج ایچون مداخله‌ عملیه اجرا اولنمیشی در .

اجسام اجنبیه مری‌ده مداخله‌ محقق و قطعی اولمیدر . جسم اجنبی بولندینی وسائط استقصائییه ایله معلوم اولنجه كرك طریق طبیعی‌دن، اولمادینی تقدیرده طریق خارجی جراحی ایله چیارلمق لازم اولدینی اونوتولمالیدر . یوقسه جسم اجنبی چیقارلمق اوزره تجربه منفعت یرینه مضرت تولید ایده‌چی، کندی کندینه بر اقلنك دهها موافق و موفقیتلی اولدینی‌ده معلوم اولمیدر .

« رەزىل »

غلىسرو غاياقول اثيردر

غاياقول مستحضر لريشك اك مؤثيردر رثوى - شرنى خسته لقلرده
لنفايت و سقرو فولوز ده تدرنك هر نوع تظاهراتنده تداوى قعلى الده ايتك
ايچون يكانه واسطه در .

شروب باستيل و آمبول حالنده بولنور

باستيلندن كونده
۳-۵ عدده قدر

شروبندن كونده
۳-۵ قهوه قاشيني

چوچوقلرده نصف دوز قوللاينلير

قاملين

(پيراميدون، قافهئين و غوآرانادن مركب)

بو برك قلب و معديه قطعاً مضر اولمايوب

آغرى يه قارشواك مؤثر قاشه در

طلب اوزرينه تنويه كوندريلور - لابوراتوار «مەتاديه» طور - فرانسه

سولفار سدنول

سیویل و عسکری خسته خانه لرده قبول اولمشدر .

فرنگی به فارسی

نزلکسی الک آرز : آرسه نوکسیدی بو قدر، سمینی دیگر آرسه نوینز لردن ۲-۵ قات دما آرزدر.

استعمالی الک فرولی : صوده جابوق حل اولور. داخل ورید، بین العضلات، تحت الجلد بلا وجع زرق ایدیلیر.

تأثیری الک بیوک : هروقمه نك خصوصه ستنا تطبیق اولنه بیلیر، بیوک دوزلرله شدتلی تداوی، تأثیری سریع، عمیق و دواملیدر.

نمونه و ایضاحات: غلطه ده و بووده خاندنه هزارن بهره افندی دن طلب اولنور

آخو منسین

قادیلرک عادتلی

تحریرک و جلب ایدر

کونده ۳-۹ قومه پریمه

آندوفرین موادی افزازی
برقانون منظم اوزرینه جریان
ایدیور .

قادیلرک عادت اضطر اباقی
بو قانونک تزلزلندن ایلی
کلیور .

بناء علیه بو اضطر اباتک
تداویسی بو قانونک تنظیم
و تطبیقنه مربوطدر .

بواسه انجیق تأثیری معین
اولان مواد اجزائیله سایه
سندله اوله بیلیر .

سیستو منسین

قادیلرک عادتلی

تخوین و تنظیم ایدر

کونده ۳-۶ قومه پریمه

لابوراتوار سیبا

لیئون - پلاس مورار، ۱

خسته من اوزون بويلو، قوتلی ياپیلى فقط زیاده ضعیف، ورملی کبی برحاله، سی بوغوق، حالی دوشکون .

خارجاً — ناحیه حنچرهویه جانباً ضمیمه ایتمش. تضییقه وجع یوق، باشی اوینامه میور. یوتقونقمده انجق صولی موادی زورقله اخذ ایدم بیلیمک امکائی موجود.

آینه حنچرهوی ایله — حنچره معاینه سنده طرجحالی ایمن اوزیمای مرشح و طرجحالی ایمن غیر متحرک. مسافه حنچرهوی جدار بلعومی غیب اولمش کیرلی مواد ایله مللو. صول طرف حنچرهوی ایسه متحرک و مسافه حنچرهوی جدار بلعومی سربست، یوتقونقمده آغری، حرکات رأسیه محدود و موجع. نتیجه معاینه ده قطعی برفکر سریری ویزمه مکله برابر کرک تدرن حنچره، سرطان حنچره دن بشقه برمنظره سریری عرض ایتمکده بولمقله جسم اجنئی تکده تحریمی وارد خاطر اولدی. ابطال حس موضعی ایله طرف ایمن مسافه حنچرهوی بلعومده کی مواد غدائیه پارچه لری چیقارلدق دنصوکره سوندا ایله معاینه تعمیق وغفروف حلقوی خذاسنده سرت و معدنییه مشیه بر ماده تک وجودی ا کلاشیلدی.

ابطال حس موضعی نی دها زیاده توسیع و تعمیق ایدم رک بودفه بیوک بر حنچره ملقطنی صوقوله رق جسم مذ کوره واصل اولوندی و بر طرف دن ده طوتولق امکائی ده بولوندی. بطی و تدریجی خارجه چکه رک چیقارمق ممکن اوله مادی. زیرا پک قوتلی بر صورتده طاقیامش بولونیوردی. بو صورتله اخراج امکائی اوله مدینی تقدیرده خارجدن خزع مری عملیاتی اجرا ایدم رک چیقارمق ایجاب ایدیوردی. معافیله ابطال حس دها فضله یاهرق بردها اخراج تجربه سنی یایمق موافق اوله جتنی دوشونه رک اوصورتله عمل اولوندی و حرکت جریه بودفه حرکت دوریه ایله مزج ایدم رک اجرا اولنمی موافق بولوندی و بو صورتله اجرا عملیات اوله رق جسم مذکور اخراج ایدلدی.

چیقاریلان تمامیه اوست چکه اوک دیشلرینی حامل بر رانه لیه ایدی. یدی دیشی واردی و اشاغی اوچنده ده بیوک برچنکلی بولونیوردی. حسن تصادف

استانبول پاڑ مه ديقالاری

علوم طبیه و اجزائیه شهرى مجموعه سى

مضمریات

صفیة

مری ده جسم غریب (دوقتور او براتور حیدر ابراهیم) ۱۰

مری ده جسم غریب

دوقتور او براتور حیدر ابراهیم

اجسام غریبه مری داخلنده بلا احتلاط اوزون مدت قالدیلدیکی مشاهدات سر بریه ایله مثبت اولوب فقط اجسام مذکورده نك دوزاملسی بولمسی مشروطدر. ایکنه ویا دیکتلی و نافذ مواد اجنیه ایچون بو حادثه واقع اولمایوب ایرکچ بر احتلاط حصولی محققدر. احتلاطک وخیم ویا سلیم بر طر زده اولوشی جسم اجنیک طاقلدینی مری نك موقع تشریحی سنه کوره وطاقلوب قالدینی وضعیته کوره تخالف ایدر. زف سباتی خراج خیز مثلی احتلاطک وخیم شکل، خراج عنق ایسه بسیط وقابل تداوی نوعی تشکیل ایدر.

آئیده عرض ایدمچکم مشاهده احتلاطی اولمایان اوچ آبی متجاوز بر زمان مدخل مری ده قالمش بر جسم غریب وقعیمی اولغله تحریر سائق اولمشدر.

مناظره اوتوزیش یاشنده برارکک خسته. بیوک بر خوف و تهیج نتیجه می

کیچه یاریسی بوغولورکی او یانیور. اجزاخانهیه کوتور ولییور. ویریلن علاجاری قومسیور نهوینه کتیریلییور. صوکره یوقونقده عدم امکان ایله مرض دوام ایدیور. اطبایه مراجعت ایدیور. عمود فقری ده تدرن عظمی، حنجره ده تغیر مزمن تشخیصاری ایله زمان کچیور. اوچ آی بر هفته صوکره بنده کزه کلور.

اعلامه — استانبول پاڑ مه ديقالاری، مجموعه سنى تحریر آ طلب ایدن

اطبا افندیله مجاناً کوندریله چکدر.

PHYTINE CIBA

فیتین سیدا

فوسفورلی اعلالارک ائک فوئلیسیدر - چوئکک نباتی الاصلدر

فوسفور - کالسیئوم - ماغنزیوم

یومیه ایکی دانه	۰,۵۰	قاشه	} اوج شکل
یومیه درت دانه	۰,۲۵	قوهری مه	
یومیه ایکی قهوه قاشیغی		غراتوله	

-- لابوراتوار سیدا --

Phytine

par son origine végétale est le plus RICHE

et le plus ASSIMILABLE

des médicaments PHOSPHORÉS

(Phosphore - Calcium - Magnesium)

trois formes { cachets à 0,50 - 2 par jour
Comprimés à 0,25 - 2 par jour
granulés 2 cuillerées à café

LABORATOIRES CIBA

استانبول

پاژ مددیقاللری

علوم طبیه و اجزایه شهرى مجموعه‌سی

مدیریت: زانه برز، مدیر و مسؤلی

غلطه‌ده و یووده خاندنه نومرو ۱ — تلفون: بک اوغلی ۲۵۲۴



شرق مرکز اجزا نجاتخانه‌سی

اجزای طبیه، کیمیویه و عطریات ده‌پوسی
طوبدن و پراکنده صائیشمرکز اداره‌سی: سرکه‌جیده خوراسانجیان خاندنه
ده‌پوسی: آنقره خانی. خوراسانجیان خانی و باب عالی جاده‌سندنه

شعبه‌لری:

سرکه‌جیده آنقره خاندنه بک اوغلنده تونل اتصالنده نومرو ۶

استانبولده باغچه‌قبوده نومرو ۷ • جاده‌کیرده • ۲۲۳/۵

غلطه‌ده کوپری باشنده • ۵ • قاضی کوینده موقتخانه جاده‌سندنه • ۲۴

دوقنور و اجزایی بکله رقابت قبول ایتیه‌جک صورتده

خصوصی فیاتار یا بلشدر.

PAGES MÉDICALES DE CONSTANTINOPLE

REVUE MENSUELLE MÉDICALE & PHARMACOLOGIQUE

SOMMAIRE

	Pages
Revue des Sociétés	169
L'obésité et son traitement (Par le Professeur Marcel Labbé).	170
Quelques conseils	189
Mortalité de la ville de Constantinople	190
Variétés	191

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE

Séance du 1 Juin 1923

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président

M. CONOS présente, en son nom et au nom de M. Mezbourian, un cinquième cas comme suite aux 4 cas de maladie de Friedrich présentés dernièrement. Et à ce propos il insiste sur le diagnostic différentiel entre le syndrome, maladie de Friedrich, et le syndrome hérédo-atanie cérébelleuse en plus, il entre dans certains détails du caractère familial de ces deux syndromes.

M. CHILADITI présente trois plaques de radiographie concernant le cas présenté pour ostéosarcome de l'angle de l'omoplate. La première plaque montre la tumeur dans sa pleine évolution, la deuxième deux mois après la radiothérapie montre la tumeur disparue et la nouvelle formation d'os, enfin dans la troisième plaque 10 mois après le traitement on voit la nouvelle formation déjà terminée.

NOTA.— Le service des « Pages Médicales de Constantinople » sera fait gratuitement à tout docteur qui en fera la demande.

M. Chilaïditi, dans sa pratique de 20 ans, n'a vu que deux cas de ces ostéosarcomes et tous deux dans ces derniers temps. L'autre concernant un vieillard chez qui les irradiations influencèrent la tumeur mais au 3^{me} mois il y a eu généralisation de petits nodules un peu partout et mort, il ajoute que dans ce cas il y a eu biopsie avant la généralisation.

M. ORHAN TAHSIN dit qu'il commence à se laisser convaincre sur le bien fondé de l'opinion de M. Chilaïditi en ce qui concerne la favorisation de la généralisation des tumeurs malignes à la suite de la petite opération de prélèvement pour biopsie.

Lecture est donnée ensuite du procès-verbal du 18 Mai lequel fut approuvé.

Ensuite M. le président annonce que le 15 Juin aura lieu la dernière séance de la Société après quoi on entrera en vacances. Il prie les membres de la Société de s'inscrire sur la liste de l'excursion qui aura lieu le Dimanche 17 Juin et qui sera organisée par une commission composée de MM. Orhan Tahsin, Aziz Fikret et D. Chilaïditi.

La séance est levée.

Conférence faite en Octobre 1922
à la Société de Médecine de Constantinople

L'OBÉSITÉ ET SON TRAITEMENT

par le Professeur MARCEL LABBÉ

Les recherches nombreuses faites sur l'endocrinologie ont modifié singulièrement le point de vue médical au sujet de l'obésité, les médecins se sont laissés entraîner peu à peu à ne plus considérer l'obésité que comme un chapitre de l'endocrinologie; or, si le rôle des insuffisances glandulaires est intéressant à considérer pour la pathogénie et la thérapeutique de l'obésité, il est loin de résumer toute la question; celle-ci doit être reprise d'un point de vue plus général et envisagée comme un trouble de la nutrition, dont nous étudierons le mécanisme, faisant aux troubles endocriniens la part qu'ils méritent dans l'étiologie de la maladie.

Définition.—L'obésité est constituée par l'accumulation excessive de la graisse en tous les points du corps. La clinique est faite, tout

MÉDICATION GAÏACOLÉE INTENSIVE

"Résyl"

ÉTHER GLYCÉRO-GAÏACOLIQUE SOLUBLE

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires.
du Lymphatisme
de la Scrofule
de la **Tuberculose**
dans toutes ses manifestations

Le Résyl réalise l'antiseptisme pulmonaire et possède tous les avantages de la médication créosotée

sans aucun de ses inconvénients.

Sous son influence, la sécrétion bronchique se tarit, la toux s'apaise, les lésions cessent d'évoluer puis se cicatrisent, le poids augmente, les sueurs disparaissent, l'état général devient meilleur.

Trois formes { Sirop { Flacons de 40 doses.
 Flacons de 20 doses.
 Comprimés, tubes de 20 doses.
 Ampoules de 2 cm³ (injections sous-cutanées).

Laboratoires O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

Dépositaires exclusifs
pour la Turquie.

J. BERT & C^o, CONSTANTINOPLE

VALEROBROMINE LEGRAND

SÉDATIF ÉNERGIQUE DES CENTRES NERVEUX

Pas d'accidents de Bromisme comme avec les Bromures minéraux

Pas d'irrégularité d'action comme avec les Valérianes

CALME

rapidement les Névralgies diverses, la Neurasthénie, l'Epilepsie, l'hystérie, l'Insomnie due à l'agitation fébrile, la Coqueluche, les Toux irritantes dites nerveuses, l'Asthme, etc.

LIQUIDE 0,50 de bromovalérianate de soude par cuillerée à café.
CAPSULES 0,25 de bromovalérianate de magnésie par capsule.
DRAGÉES 0,125 de bromovalérianate de gaïacol par dragée.

Vente en Gros, Échantillons et Littérature :

DARRASSE FRÈRES, 13 Rue Pavés, 13-PARIS

DÉTAIL : Toutes Pharmacies

Docteur,

Pour guérir blennorrhagie, blennorrhée, urétrite, cystite aiguë ou chronique, pyurie, pyélite, pyélonéphrite et toute affection purulente des Voies urinaires,

Le *Santal Henry* se recommande à votre bienveillante attention grâce à sa composition étudiée et rationnelle,

par le salol il désinfecte, purifie les muqueuses souillées et sanieuses,

par le bleu de méthylène, il calme les douleurs,

par l'essence pure de santal il met un baume bienfaisant sur des muqueuses irritées, enflammées..... et guérit.

SANTAL HENRY

au Salol, au Bleu de Méthylène, l'Essence de Santal
Médicament complet

le plus énergique, d'une efficacité remarquable.

DÉPOT: TOUTES PHARMACIES & DROGUERIES

Echantillons et Littérature:

LABORATOIRE du Docteur H. PHILIPPE, 14, Rue du Palais-Grillet, LYON (France)

L'élaboration
normale des principes
endocriniens se fait
suivant une loi
harmonique. Les
troubles fonctionnels
traduisent les **écarts**
de cette
harmonie sécrétoire;
la **thérapeutique**
doit tendre alors à la
rétablir par l'admini-
stration de principes à
action **définie** et
différenciée.

Laboratoires CIBA
1, Place Morand. — LYON

AGOMENSINE

Αγογος. qui amène: Εμμηνα, menstrues

ACTIVE ET SOLLICITE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES

3 à 9 Comprimés par jour.

SISTOMENSINE

Σistere. arrêter: Μensis, mois

MODÈRE ET RÉGULARISE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES

3 à 6 Comprimés par jour

d'abord des altérations morphologiques du corps, puis des troubles fonctionnels qui résultent du remplacement des parenchymes viscéraux et des masses musculaires par de la graisse inutile, enfin des complications qui sont la conséquence, non pas de l'obésité elle-même, mais des causes qui ont conduit à l'obésité et en particulier de la suralimentation prolongée

Anatomie pathologique.— L'obésité résulte d'un simple dépôt de cellules graisseuses dans le tissu conjonctif. La surcharge graisseuse simple doit être bien distinguée de la dégénérescence graisseuse. La surcharge graisseuse laisse intacte la vitalité des cellules, dont le noyau n'est pas altéré; la dégénérescence graisseuse, au contraire, s'accompagne d'une diminution de l'activité fonctionnelle du protoplasma et souvent d'une altération nucléaire. En outre, la dégénérescence graisseuse frappe principalement les cellules des viscères, comme le foie dans l'intoxication phosphorée, tandis que l'infiltration graisseuse porte presque exclusivement sur le tissu conjonctif. Il est vrai que cette surcharge graisseuse en comprimant les éléments nobles des tissus, les altère et les atrophie, ainsi qu'il ressort de l'examen histologique d'un pancréas ou de ganglions lymphatiques recueillis à l'autopsie d'un obèse.

La graisse ne s'accumule guère dans le cerveau, les poumons, la rate, les reins et même le foie. Par contre, les masses musculaires en sont infiltrées et le cœur subit l'infiltration à un degré dangereux.

Symptômes.— L'aspect général de l'obèse est assez connu pour qu'il soit inutile de le décrire. Son degré varie depuis les obésités légères qui sont à peine des offenses à l'esthétique, jusqu'aux obésités considérables qui réalisent de véritables monstruosité.

Le début de l'obésité est difficile à définir, on passe insensiblement de l'embonpoint physiologique à l'obésité pathologique. La limite varie suivant l'esthétique régnante dans le pays et dans la race. On s'accorde en général à dire qu'une augmentation du poids corporel de 15 pour 100 au-dessus des chiffres normaux donnés par les tables de Quételet doit être considérée comme pathologique.

La répartition variable du tissu adipeux permet de décrire plusieurs types d'obésité : 1° Il y en a dans lesquels la surcharge graisseuse porte également sur tout le corps, foie, tronc, membres, seules les extrémités des membres sont respectées : poignets et mains, chevilles et pieds restent généralement fins; c'est ce que l'on voit dans les obésités qui se sont développées de bonne heure,

chez les fils d'obèses ; 2° quelquefois cependant, les chevilles sont épaissies, ce que l'on observe surtout dans les obésités des sédentaires qui font des troubles circulatoires dans les régions déclives ; 3° l'obésité des gros mangeurs se marque par le développement préalable de l'abdomen ; elle est plus forte au tronc qu'aux membres, et même quand elle est généralisée l'abdomen reste prépondérant et constitue une énorme masse qui pointe d'abord en avant, puis retombe en tablier sur le haut des cuisses et en avant des organes génitaux.

Quant aux types spéciaux d'obésité thyroïdienne ou hypophysaire, ils se reconnaissent à l'association avec un habitus myxœdémateux dans le premier cas, avec des insuffisances génitales et des troubles encéphaliques dans l'autre cas.

Evolution.— Le début de l'obésité n'a rien de pénible, celui qui engraisse se sent d'abord du bien-être et de la force. Mais la période d'euphorie ne dure pas. A partir d'un certain degré, l'obésité devient gênante, le malade se sent lourd, somnolent, fatigué, essoufflé, incapable d'effort. Puis le cœur se fatigue, les reins fonctionnent mal, le foie est malade, les jambes sont enflées le soir, des troubles digestifs apparaissent, une bronchite chronique s'installe. Ce qui domine, ce sont les insuffisances du cœur et des reins. S'il ne se soigne pas, il arrive un moment où l'obèse est un impotent et même un malade menacé de mort. De l'obésité simple il est arrivé peu à peu à l'obésité compliquée.

Complications.— Parmi les complications qui surviennent chez les obèses un certain nombre sont des troubles de la nutrition qui se développent sur le même terrain et dans les mêmes conditions que l'obésité elle-même. Telles sont : la goutte, la lithiase rénale, le diabète, la migraine, l'eczéma, le rhumatisme, etc. On les catalogue en général parmi les manifestations de l'arthritisme, diathèse qu'avec Maurel et Pascault je considère comme étant en général la conséquence de la suralimentation prolongée. D'autres, comme les troubles digestifs, les lésions rénales et hépatiques, sont provoquées principalement par les excès alimentaires qui ont mené à l'obésité ; lorsqu'à la suralimentation s'est joint l'alcoolisme, les complications hépatiques (congestion, cirrhose) et nerveuses (névrite périphérique) ne sont pas rares.

Les troubles génitaux sont fréquents ; chez la femme et chez la jeune fille, la diminution ou la cessation des règles accompagne souvent l'obésité. On interprète généralement ces troubles en disant

que l'insuffisance ovarienne a favorisé le développement de l'obésité; cette relation pathogénique ne me paraît rien moins que prouvée, car l'opothérapie ovarienne n'a pas d'action sur l'évolution de l'obésité, tandis qu'au contraire la cure d'amaigrissement par le régime et l'exercice font souvent reparaitre les règles.

Les troubles respiratoires sont constants à partir d'un certain degré d'obésité. De bonne heure l'obèse a de l'essoufflement, tenant à des causes diverses (faiblesse du myocarde infiltré de graisse, gêne des mouvements diaphragmatiques, difficulté de la circulation périphérique, emphysème). Seule la cure d'amaigrissement a raison de cette dyspnée. Souvent il s'y ajoute des accès d'asthme. L'obèse offre une tendance aux bronchites répétées, superficielles, puis celles-ci s'invétèrent, deviennent permanentes, la congestion chronique des bases pulmonaires, entretenue par les troubles cardiaques, est très fréquente. Ces lésions pulmonaires sont importantes à connaître, car elles ont fait porter plus d'une fois le diagnostic erroné de tuberculose.

Les troubles cardiaques sont divers: 1° L'adipose simple se traduit par la dyspnée d'effort avec cyanose passagère de la peau et des extrémités, par un léger œdème des chevilles à la fin de la journée, par la faiblesse des bruits du cœur, par la mollesse du pouls, par l'abaissement de la pression artérielle qui est la règle chez les obèses jeunes.

2° L'adypose avec myocardite entraîne un état d'hyposystolie chronique irréductible, caractérisé par l'intensité des troubles circulatoires périphériques, les extrémités sont œdématisées, refroidies, violacées, la congestion chronique des poumons redouble la fatigue du myocarde; les toniques du cœur n'ont qu'une action passagère et incomplète.

3° L'adipose peut être compliquée d'aortite, de coronarite, se révélant par des crises d'angor pectoris ou par la mort subite.

4° Chez les obèses âgés, la lésion cardiaque la plus commune est l'hypertrophie avec sclérose, en rapport avec le mal de Bright si fréquent chez ces malades; alors l'hypertension succède à l'hy-potension artérielle.

L'hypertension artérielle a été notée par beaucoup d'auteurs chez les obèses (Bouchard, von Noorden, Le Noir, Martine, Aubertin); elle a été interprétée de diverses manières.

Aubertin et Coursier, qui ont constaté l'hypertension chez presque tous les obèses de l'hospice de Brévannes, ont vu au

contraire qu'elle faisait le plus souvent défaut chez les obèses de la ville; ils admettent une parenté étiologique entre l'obésité et l'hypertension, mais ils ne croient pas que l'obésité puisse produire, à elle seule, l'hypertension.

Pedrazzini, se fondant sur des expériences de physiologie pathologique, pense que l'hypertension artérielle des obèses tient à l'accumulation de graisse dans le canal rachidien entre le sac dural et la paroi vertébrale, gênant l'expansion du canal dural; mais on ne s'expliquerait point ainsi l'hypotension des obèses jeunes opposée à l'hypertension des obèses âgés. Or, c'est précisément cette opposition qui m'a frappé et qui m'a fait dire que l'hypertension artérielle, quelque fréquente qu'elle soit chez les obèses, ne tient pas à l'obésité simplement. Constatant, d'autre part, que les obèses hypertendus sont souvent atteints de mal de Bright, que d'autres ont de l'albuminurie, que d'autres encore, après être restés longtemps de simples hypertendus, ont présenté ensuite de l'albuminurie intermittente, puis de l'albuminurie permanente et sont devenus enfin de vrais brightiques, je crois que l'hypertension des obèses est, dans la plupart des cas, liée à une sclérose rénale, dont elle peut représenter, pendant plusieurs années, l'unique symptôme.

L'albuminurie, qui n'est pas rare chez les obèses, peut tenir à des causes diverses chez les sujets jeunes, ce sont souvent des troubles digestifs intestinaux ou hépatiques sans lésions rénales; la cure de régime la fait cesser. A une période avancée, elle est due à la sclérose rénale, si commune chez les obèses; parvenu à l'âge de cinquante ans, il est rare qu'un obèse n'ait point ses reins touchés, on s'en aperçoit par l'apparition de quelques signes d'hypertension; la pression artérielle s'élève; puis l'albuminurie, d'abord intermittente, s'installe définitivement; des œdèmes apparaissent, le cœur s'hypertrophie et fait entendre un bruit de galop. Alors le mal de Bright complique l'obésité et devient la base de son pronostic; il rend l'obésité souvent irréductible et il est la cause la plus commune de la mort chez les obèses.

Diagnostic. — Le diagnostic s'impose à première vue. On ne peut confondre l'obésité avec le myxœdème ni avec l'anasarque; on ne doit pas la confondre avec les adiposes localisées telles que l'adénolipomatose cervicale, ni avec le trophœdème ou l'éléphantiasis.

Il n'est pas rare que l'on confonde l'obésité avec l'adipose douloureuse de Dercum; certains médecins parlent de maladie de

PANSEMENTS

LAROCLETTE

Etablissements B. MULSANT

Fournisseur des Hôpitaux, des Ministères de la Guerre et de la Marine

VILLEFRANCHE-S/-SAONE (RHONE)

Seule Maison pouvant produire 3,000 kilos de Coton hydrophile par jour

Catgut du Dr Victor Pauchet, pour la chirurgie de l'estomac.

Catgut Larochette, pour toutes sutures (solide, souple, lent).

"Crino" Fil métallique pour suture des parois (spécial, très malléable et solide).

Coton, Gaze

Compresses, champs opératoires

Nécessaires d'accouchements

Boîtes pour opérations d'urgence

} en boîtes soudées,
stérilisés.

Crins, Soies, Drains

Cotons cardés ou hydrophile, Bandes Mulsant

et tous autres pansements.

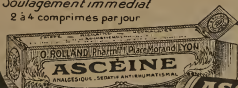
NÉVRALGIES
MIGRAINE, GRIPPE
SCIATIQUE, RHUMATISMES
et toutes pyrexies

ANTIRHUMATISMAL
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF

Soulagement immédiat
2 à 4 comprimés par jour

ASCÉINE

(Acétyl-phenétidine Acétyl-salicylique)
Caféine



Fabricant:
Laboratoires
O. ROLLAND
LYON - FRANCE



L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation
d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc.

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc.

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas --- PARIS (IX^e)

Dercum dès que l'obésité est accompagnée de douleurs. Il s'agit cependant d'un syndrome différent, consistant en une lipomatose nodulaire respectant la face et les extrémités des membres, accompagné de douleurs spontanées et provoquées, d'asthénie musculaire et de troubles psychiques ; dans le syndrome de Dercum, l'adipose n'est pas nécessairement généralisée. Il y a bien des obésités douloureuses, mais qui, par la généralisation du processus et l'absence de troubles nerveux, se distinguent nettement du syndrome de Dercum ; la douleur est due, dans certains cas, aux diverses variétés de cellulite que l'on peut rencontrer chez les obèses ; il est fréquent, chez les individus qui ont abusé de l'alcool, que l'obésité soit douloureuse.

Pronostic.— L'obésité est un véritable état pathologique ; non seulement elle fait de l'homme, lorsqu'elle atteint un certain degré, un impotent et même un grand malade, mais encore elle l'expose à des complications diverses et diminue sa résistance aux infections, probablement par l'intermédiaire des altérations viscérales multiples qui sont habituelles chez les obèses. Comme l'ont écrit déjà Aristote et Lord Bacon, l'obésité raccourcit l'existence.

Etiologie et pathologie. — Il est impossible de séparer ces deux chapitres. Il ne suffit pas d'annoncer successivement des obésités par suralimentation, par sédentarité, des obésités infectieuses, toxiques ou endocriniennes, il faut étudier avec soin le mécanisme pathogénique de ces diverses formes de la maladie ; et pour cela il est indispensable de revenir aux principes physiologiques de la nutrition.

L'homme normal est en état d'équilibre nutritif, son poids ne change pas, ses gains compensent ses pertes. Sa réserve d'énergie reste constante. L'obésité résulte d'une rupture de l'équilibre nutritif dans le sens du gain ; elle peut être considérée comme une épargne d'énergie, qui s'accumule, à l'état latent, sous forme de graisse.

Deux conditions principales mènent à la rupture de l'équilibre nutritif : 1° l'excès des gains par suralimentation ; 2° l'insuffisance des dépenses énergétiques par sédentarité, et par défaut de rayonnement calorique. On pourrait, à la rigueur, faire rentrer toutes les obésités dans ces deux catégories. Mais il est du plus haut intérêt d'examiner aussi en détail les deux conditions suivantes, qui semblent agir surtout par la réduction des dépenses énergétiques : 1° le ralentissement de la nutrition ; 2° les troubles endocriniens.

aj. Suralimentation. — La plupart des obésités sont dues à ce processus banal de la suralimentation. Les obèses sont le plus souvent de gros mangeurs ; leur appétit, toujours en éveil, n'est jamais satisfait ; la gourmandise, la crainte de l'inanition, la passion de la faim prennent parfois chez eux un caractère pathologique ; ils sont poussés à manger comme d'autres le sont à boire : ce sont des *Oreximanes* (de *ὄρεξις*, appétit).

La grossesse et l'allaitement, qui augmentent les besoins alimentaires de la femme et excitent son appétit à tel point que celui-ci dépasse souvent les bornes, sont une cause d'obésité par suralimentation. On voit aussi l'engraissement débiter à la suite d'une maladie infectieuse, par exemple dans la convalescence d'une fièvre typhoïde ; la cause en est toujours la suralimentation aidée par l'appétit excessif des convalescents et l'aptitude de leurs tissus à fixer les éléments de reconstitution. Chez les tuberculeux, l'obésité est presque expérimentale puisque la cure de sanatorium met en œuvre la suralimentation aidée de la sédentarité.

Lorsque les recettes alimentaires excèdent les besoins de l'individu, une partie des matériaux ingérés échappe à la combustion et se met en réserve dans l'organisme ; cette épargne se fait toujours sous forme de graisse. Toutefois l'engraissement n'est point mathématique ; l'organisme se défend contre l'accumulation de graisse en augmentant ses combustions ; il rayonne une quantité de chaleur supplémentaire. C'est là ce que Ch. Richet, Liebig appelaient la consommation de luxe. Cette notion a été vivement critiquée par Rubner, par Atwater, par V. Noorden. Aujourd'hui elle semble s'être imposée. J'ai montré à diverses reprises que les hommes ne se comportent pas identiquement devant l'alimentation : Deux ouvriers de même taille, effectuant la même besogne, peuvent rester en équilibre de poids avec des régimes qui sont cependant de valeur très différente ; d'autre part, les variations de notre alimentation, en plus ou en moins, n'entraînent pas immédiatement des modifications corrélatives du poids corporel, cela ne peut s'expliquer que par la possibilité d'une combustion supplémentaire chez les sujets qui mangent plus que leurs besoins minima ne l'exigent. Des expériences de Zuntz et Lœwy, de Bernstein et Falta, de Græfe ont montré qu'on peut, par un régime surabondant ou insuffisant prolongé, entraîner les animaux à faire des combustions exagérées ou réduites, ce qui se traduit par une élévation ou un abaissement du métabolisme basal. Cette capacité d'utilisation supplémentaire n'est pas autre chose que « la consommation de luxe ».

Elle défend l'homme contre l'obésité, mais elle a une limite ; lorsque cette limite est dépassée par la suralimentation, l'engraissement se produit.

b). Réduction des dépenses énergétiques.— L'obésité est fréquente chez les sédentaires (employés de bureau, hommes d'affaires, concierges, cochers, prêtres, etc.) tandis qu'elle est rare chez les ouvriers effectuant un travail pénible. Elle apparaît souvent comme conséquence d'un repos forcé à la suite d'un accident ou d'une maladie qui n'entrave point l'alimentation (fracture des membres, arthrites suraiguës, etc.)

Le séjour dans un climat chaud, l'habitude de vivre dans des pièces trop chauffées, celle de porter des vêtements trop épais, favorise le développement de l'obésité. On conçoit en effet que, sans rien changer au régime, la réduction des dépenses énergétiques ou calorifiques entraîne une rupture de l'équilibre nutritif ; l'énergie non dépensée se met en réserve sous forme de graisse.

L'exagération des recettes alimentaires et la réduction des dépenses énergétiques sont souvent associées dans la pathogénie de l'obésité. Leur action est prouvée expérimentalement par la pratique des éleveurs (de bétail, d'oies, d'ortolans, etc.) qui n'ont pas trouvé de meilleur moyen pour engraisser rapidement les animaux. On la retrouve dans l'obésité familiale et, dans l'obésité dite héréditaire qui n'est le plus souvent que la transmission, par l'exemple ou par l'éducation morbide, des habitudes de suralimentation et de sédentarité des parents aux enfants. Elle explique l'obésité des gens riches, des oisifs, des boursiers, des Juifs et des Orientaux.

c). Ralentissement de la nutrition. — Jusqu'ici, le mécanisme de l'obésité est de la plus grande simplicité, mais il y a des plus complexes. Bouchard invoquait le ralentissement de la nutrition. Dans cette conception, il y aurait des individus dont les cellules possèdent une capacité de combustion inférieure qui utilisent dans le même laps de temps une quantité moindre de matériaux alimentaires et qui accumulent des réserves de graisse avec plus de facilité. Il semble bien, en effet, qu'il y ait des sujets qui engraisser plus facilement que les autres et qui, dans les mêmes conditions de nutrition et de travail, ont besoin, pour s'entretenir, d'une moindre alimentation. Il est certain aussi qu'il y a de petits mangeurs qui sont obèses et de gros mangeurs qui restent maigres. Mais quand on fait la critique sévère de ces cas, on s'aperçoit souvent que la valeur

nutritive du régime n'a pas été calculée avec précision et que l'on a trop facilement admis les dires des sujets sans les vérifier.

Cette question méritait d'être étudiée à nouveau de deux manières :

1^o par l'examen des régimes alimentaires d'entretien, 2^o par la mesure des échanges respiratoires.

Avec M. Boivin, j'ai étudié la ration d'entretien de sept obèses et j'ai vu que cinq d'entre eux conservaient leur équilibre de poids avec un régime qui lui apportait de 20 à 27,5 calories par kilogramme de poids réel, ou de 27,5 à 37 calories par kilogramme de poids idéal (poids que devrait peser le sujet, étant donnée sa taille, s'il avait une corpulence normale) ; en tenant compte du poids corporel idéal, ce qui est la manière la plus exacte de calculer, on voit que les besoins alimentaires de nos obèses ne différaient point de ceux des sujets normaux. Un sixième obèse, par contre, a montré une légère tendance à l'engraissement avec un régime de 28 calories par kilogramme idéal. Enfin un septième obèse, sortant d'une crise d'asystolie à la suite de laquelle la disparition des œdèmes s'était accompagnée d'une perte de 18 kilogrammes, restait en équilibre de poids malgré un régime très réduit, n'apportant que 16 calories par kilogramme de poids corporel idéal. Ce dernier doit être rapproché de 3 cas d'obésité irréductible publiés antérieurement, où des régimes de 26,21 et même 20 calories par kilogramme corporel idéal ne parvenaient pas à produire un amaigrissement.

Ainsi, dans la majorité des cas la ration d'entretien minima des obèses est identique à celle des sujets sains et l'on ne peut s'expliquer par une réduction des besoins alimentaires leur tendance à engraisser. Mais le désaccord avec la nutrition normale se manifeste si l'on envisage non plus la ration minima, mais la ration d'entretien maxima, qui correspond à la mise en œuvre de la combustion de luxe. Nous voyons l'un des obèses qui s'entretenait avec 33 calories par kgr. engraisser rapidement avec un régime de 42 calories ; d'autres engraissent dès que leur régime dépasse même de peu la ration d'entretien minima. Il semble donc que la réduction de la combustion de luxe soit la caractéristique de leur nutrition.

Les premières recherches sur les échanges respiratoires des obèses ont été faites par Rubner, M. Lévy, V. Noorden, qui ont obtenu des échanges respiratoires à jeun identiques à ceux des sujets normaux, à condition que l'on défalquât le poids de la graisse, qui ne joue aucun rôle dans les échanges, et que l'on rapportât la

quantité d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé au poids corporel idéal.

Cependant même en calculant ainsi, tous les obèses n'ont point des combustions identiques. V. Bergmann distingue à côté des obèses qui ont un métabolisme normal, ceux qui ont un métabolisme inférieur ou même très inférieur à la normale et qui, lorsqu'on leur fournit une alimentation de 1800 à 2000 calories, en épargnent 250 à 300 et augmentent de poids.

Dans une série de recherches faites avec M. Weiss, j'ai trouvé, chez un obèse qui suivait une cure d'amaigrissement, le métabolisme respiratoire à jeun très voisin de celui des sujets sains, qu'il excédait légèrement.

Jaquet et Svenson ont trouvé une consommation d'oxygène normale à jeun, mais une augmentation des combustions après le repas moindre chez les obèses que chez les normaux ; il semblerait donc y avoir une mauvaise combustion et une tendance à la mise en réserve des aliments, ce qui expliquerait la facilité à engraisser dès que le régime est un peu supérieur aux besoins. Ce résultat correspond à celui que nous avait donné l'étude du régime d'entretien des obèses. Depuis quelques années, on s'est surtout attaché à l'étude du métabolisme basal, c'est-à-dire des combustions dans l'état de jeûne et de repos que l'on rapporte, suivant la méthode de Benedict et de Dubois à la surface corporelle.

Avec M. Stévenin j'ai examiné ainsi 42 obèses. Dans la majorité des cas (62 p. 100), les échanges respiratoires étaient les mêmes que chez les sujets sains ; 26 p. 100 des obèses avaient des échanges réduits dans la proportion de 11 à 33 p. 100 ; un petit nombre enfin (12 p. 100) avaient des échanges supérieurs à la normale de 16 à 31 p. 100.

Ainsi le ralentissement de la nutrition, au sens de Bouchard, n'est point caractéristique de l'obésité, il n'est que l'apanage de certaines obésités.

A quoi tient cette réduction des échanges ?

Dans la plupart des cas, la cause en doit être cherchée dans une insuffisance du corps thyroïde. On sait, en effet, que l'hypothyroïde réduit fortement les échanges et d'autre part l'examen clinique décèle chez plusieurs de ces obèses ralentis des signes indiscutables de myxœdème. Mais cette explication n'est point valable pour tous les cas ; il y a des obèses à métabolisme réduit qui n'ont vraiment aucun stigmate de myxœdème. Une autre insuffisance glandulaire est-elle alors en cause ? Dans nos observations,

ce n'était point le cas ; et d'ailleurs, il n'est pas démontré que les autres insuffisances endocriniennes exercent sur le métabolisme basal une action dépressive comparable à celle de l'insuffisance thyroïdienne. Admettons donc, au moins provisoirement, qu'il y a des ralentissements de la nutrition dont les insuffisances glandulaires ne sont point la cause déterminante.

d). Obésités par insuffisance endocrinienne.— C'est la grande cause que l'on invoque depuis quelques années. Envisageons successivement le rôle des diverses glandes endocrines.

1° Corps thyroïde.— Le myxœdème se complique fréquemment d'obésité, tandis que la maladie de Basedow se traduit par l'amaigrissement ; d'un autre côté, un petit nombre d'obèses présentent des stigmates d'hypothyroïdie. La prédisposition des myxœdémateux à l'obésité s'explique aisément par le ralentissement des échanges nutritifs qui est la caractéristique de l'insuffisance thyroïdienne. Ce ralentissement a été observé chez l'homme (Magnus Levy, Von Noorden, Janet). On l'a retrouvé chez les animaux privés de corps thyroïde (Maier, Horsley, Baldoni, Smith, Michaelsen, Labbé et Stévenin).

Il s'oppose à l'accélération des échanges que l'on constate au contraire chez les basedowiens et les animaux hyperthyroïdes. Sur ce point, il n'y a aucun doute ; tous les auteurs sont d'accord. Cela ne suffit d'ailleurs pas à rendre l'obésité fatale, ainsi que le prouve l'exemple de quelques myxœdémateux frustes qui, ayant conservé une certaine activité dans la vie, ne sont point entachés d'obésité. Pour que l'engraissement se produise, il faut encore qu'une certaine suralimentation intervienne ; de plus la diminution de l'activité intellectuelle et physique, qui est le propre des myxœdémateux, représente une cause accessoire à laquelle les premiers auteurs avaient accordé une influence prépondérante dans la genèse de l'engraissement.

L'insuffisance thyroïdienne, avec le ralentissement des combustions organiques qui en résulte, est donc une cause prédisposante, mais n'est point une cause indispensable de l'obésité. Même chez les enfants, on ne la rencontre que dans un petit nombre de cas, pourvu qu'on ne se laisse pas imposer le diagnostic de myxœdème fruste en présence de ces sujets au type infantile qui ont plus d'insuffisance génitale que d'insuffisance thyroïdienne et qui montrent plutôt des formes arrondies et féminines que de l'obésité ; pour admettre chez eux le myxœdème fruste, il ne suffit pas de

leur supposer un corps thyroïde atrophique, il faut mettre en lumière la diminution du métabolisme basal qui est la meilleure caractéristique physiologique de l'insuffisance thyroïdienne.

2° *Hypophyse*. — Le syndrome adiposo-génital de Babinski-Frœlich est aujourd'hui bien connu. Il s'accompagne souvent d'obésité, parfois même d'obésité monstrueuse. Remarquons cependant que l'obésité n'y est point fatale et que, dans bien des cas, on voit plutôt un aspect féminin du corps avec développement des seins, arrondissement du visage, des épaules concordant avec une aphasie testiculaire, qu'une véritable obésité.

Chez la femme, ce syndrome adiposo-génital est beaucoup plus difficile à reconnaître. Les adiposités locales et la morphologie normale ne doivent pas être confondues avec l'obésité ; cette dernière se caractérise non par la forme mais par le poids du corps.

Le syndrome adiposo-génital est rare ; pour qu'on admette son existence, il faut que l'altération de l'hypophyse soit démontrée soit par les signes de tumeur de la base de l'encéphale, soit par la radiographie qui décèle un élargissement de la selle turcique. Quant à la pathogénie endocrinienne de ce syndrome, elle est aujourd'hui mise en doute. On a cru d'abord à une altération anatomique et fonctionnelle de l'hypophyse portant soit sur le lobe antérieur soit sur le lobe postérieur (Fischer, Cushing). Un bon nombre d'autopsies ont en effet montré des lésions hypophysaires (Burner, Souques et Chauvet, Aschner, Paltauf et Marannon). Mais dans quelques cas typiques, comme dans celui de Lereboullet, Mouzou et Cathala, il est bien spécifié qu'il n'y avait aucune altération de l'hypophyse et qu'il existait par contre une tumeur du troisième ventricule sans ralentissement sur l'hypophyse. Ces quelques observations anatomocliniques, et surtout les expériences de Camus et Roussy, de Houssay, de Bailey et Bremer, tendent à faire admettre une autre explication pour ces faits. Tandis que la destruction de l'hypophyse chez les animaux ne reproduit aucun des traits caractéristiques du syndrome dit hypophysaire, la lésion de certains centres nerveux au niveau du tuber cinereum permet d'obtenir la polyurie permanente et même parfois la glycosurie, l'atrophie génitale et l'obésité. Le mécanisme est bien démontré aujourd'hui pour le diabète insipide ; et il semble qu'on devra aussi l'admettre pour l'atrophie génitale et l'obésité. Ainsi le syndrome adiposo-génital dit hypophysaire ne serait point un exemple d'obésité d'origine endocrinienne, mais d'obésité d'origine nerveuse. Quand une

tumeur de l'hypophyse en est le point de départ, elle n'agit point par insuffisance glandulaire mais par retentissement sur le centre nerveux voisin. Peut-être un fait analogue se produit-il dans les obésités signalées par Lereboullet chez d'anciens hydrocéphales et dans l'obésité consécutive à une encéphalite épidémique observée par Nobécourt.

Quel est le mécanisme physiologique de ces obésités ? Le centre exerce-t-il une influence sur le métabolisme ? On n'en sait encore rien. Les recherches faites sur les échanges respiratoires dans les syndromes hypophysaires ont montré, comme dans les cas de Labbé, Stévenin et Van Roguert, une diminution du métabolisme basal, mais la question a besoin d'être étudiée au point de vue expérimental.

Epiphyse. — L'obésité a été signalée dans quelques cas de tumeurs de l'Epiphyse (Marbyry, Raymond et Clause, Pélizzi, etc.). Mais ainsi que le fait remarquer Lereboullet, la surcharge graisseuse peut être un symptôme secondaire, comme dans le cas de Klippel, Minvielle et M. P. Weil, ou elle peut manquer complètement comme dans le cas de Lereboullet, Maillet et Brizard. Si la croissance rapide, la macrogénitosomie et l'hyperpilosité sont les éléments caractéristiques du syndrome épiphysaire, il n'en est pas de même pour l'engraissement. Jusqu'ici l'existence de l'obésité d'origine épiphysaire n'est point démontrée.

Capsules surrénales. — Les observations d'Apert ont montré le rapport qui existe entre l'hirsutisme, le virilisme et certaines altérations des capsules surrénales ; dans quelques cas, l'obésité était présente. En résulte-t-il que les lésions surrénales peuvent jouer un rôle dans la pathogénie de l'obésité ? Rien n'est moins démontré.

Glandes génitales. — Il est habituel d'invoquer l'insuffisance génitale dans la pathogénie de l'obésité. Bien qu'il y ait des relations certaines entre les troubles génitaux et l'obésité, le rôle pathogène des insuffisances sexuelles reste douteux et la nature des relations physiologiques entre les insuffisances génitales et l'obésité aurait besoin d'être précisée. J'essayerai, tout au moins, de poser la question.

Testicules. — Une série de faits semblent montrer le rôle de l'insuffisance testiculaire dans le développement de l'obésité. Il est d'usage de considérer que la diminution de la puissance génitale est un des éléments du martyre de l'obèse, et la tradition populaire a consacré cette notion par une locution proverbiale : « Un bon coq

est toujours maigre ». La tradition et le théâtre qui l'objective représentent les eunuques sous la forme d'obèses ; et cependant rien n'est moins exact : l'eunuque vivant dans l'oisiveté au fond d'un harem engraisse assurément, mais celui qui mène une vie active reste maigre, et j'ai encore le souvenir de ces grands diables à longues jambes qui couraient jadis en qualité de gardes de corps à côté du carrosse des princesses turques à Constantinople.

Chez les animaux on invoque l'exemple des bœufs gras et des chapons. Mais ceux-ci ne deviennent gras que parce qu'on les engraisse au moyen du repos et de la suralimentation. En Argentine, où il est de mode d'engraisser les taureaux pour les présenter au concours rural annuel, ceux-ci sont plus gras que les bœufs ; et dans la campagne les bœufs de labour n'ont pas plus de propension à l'obésité que les taureaux et les vaches. Nous ne voyons pas les chevaux hongres engraisser plus facilement que les chevaux entiers ou les juments. Et quant aux coqs, leur activité physique et génitale suffit à expliquer leur défaut d'engraissement.

Les exemples tirés de la pathologie humaine ne sont pas plus convaincants.

Les enfants atteints de lésions testiculaires consécutivement à une maladie, ou privés de testicules par castration chirurgicale ou accidentelle, sont loin de verser tous dans l'obésité. Même ces jeunes gens à type infantile, ayant des organes génitaux externes et internes rudimentaires et présentant un aspect eunuchoïde, ne paraissent pas plus souvent obèses que d'autres. Ils ont de l'adiposité comme les femmes, plus de graisse et moins de muscles que les mâles en général, mais ils n'ont pas de tendance particulière à engraisser. Bref, l'insuffisance testiculaire modifie la morphologie du corps plutôt qu'elle ne conduit à l'obésité.

Si l'insuffisance testiculaire créait, comme l'insuffisance thyroïdienne, une propension à l'obésité, il serait facile de le démontrer : d'une part, l'opothérapie testiculaire ferait maigrir ces sortes d'obèses, ce qui n'a point été démontré ; d'autre part, l'étude des échanges respiratoires montrerait un ralentissement des combustions comme celui des myxœdémateux, or jusqu'ici les recherches ont donné des résultats contradictoires. Cependant j'ai observé avec Stévenin et Bogaert, dans plusieurs cas de syndrome adipo-génital non hypophysaire, une diminution notable de métabolisme basal.

Ovaires. — Dans le sexe féminin, une série de faits semblent aussi établir un rapport entre l'obésité et l'insuffisance ovarienne.

Les femmes obèses ont souvent des règles absentes ou insuffisantes. La castration chirurgicale est souvent suivie d'engraissement, parfois même d'obésité (Jayle). On dit enfin que l'obésité se développe particulièrement au moment de la ménopause et qu'à la puberté les fillettes présentent souvent une surcharge grasseuse. Aucune de ces raisons ne peut imposer l'idée d'une obésité par insuffisance ovarienne. Si l'ovariotomie pour salpingite est souvent suivie d'engraissement, il ressort des statistiques de Delbet que celui-ci n'est pas moins fréquent, après l'hystérectomie pour fibrome utérin quand on a laissé en place les ovaires ; dans l'un et l'autre cas, il semble donc que l'engraissement est tout simplement le résultat d'une amélioration de la santé aidée par le repos au lit prolongé et une bonne alimentation. Si l'obésité se développe vers l'époque de la ménopause, c'est que c'est aussi l'âge où diminue l'activité générale ; d'ailleurs on ne voit guère l'obésité débiter avec l'arrêt des règles ; on la voit, au contraire, commencer à partir de vingt-cinq ou trente ans et s'accuser d'année en année pour devenir évidente et gênante vers l'âge de cinquante ans. Bien plus, on voit souvent l'obésité débiter à l'occasion d'une grossesse ou d'un allaitement, c'est-à-dire à l'occasion d'un hyperfonctionnement génital. Quant à la surcharge grasseuse de la puberté, ce n'est point de l'obésité, c'est une adaptation morphologique, toute physiologique.

Il m'a semblé enfin que la diminution ou l'arrêt des règles chez les femmes obèses pourrait mieux être considéré comme une conséquence que comme une cause de l'obésité ; on voit, en effet, dans quelques cas heureux, les règles reparaitre sous l'influence de l'amaigrissement obtenu par les moyens physiologiques habituels, le régime et l'exercice. Inversement, je n'ai jamais vu l'obésité céder à l'opothérapie ovarienne, comme on la voit céder au traitement thyroïdien. Il ne semble pas que l'extrait d'ovaire exerce la moindre action chez une femme en voie d'engraissement.

Il resterait encore à voir si l'altération des ovaires ou l'absorption de poudre d'ovaire modifie les échanges respiratoires ; des expériences sur ce sujet sont en cours.

En résumé, autant l'action du corps thyroïde est nette sur les échanges respiratoires et sur le développement de l'obésité, autant l'action des autres glandes vasculaires sanguines reste douteuse. Et pourtant, on écrit partout, mais sans en donner aucune démonstration, que la grande cause de l'obésité est le trouble endocrinien : on se laisse, à mon avis, éblouir par quelques observations

curieuses, où l'obésité se trouve associée à des insuffisances glandulaires mais simplement associée, sans en être la conséquence; alors le traitement où l'on fait agir de pair le régime, l'exercice et l'opothérapie, amène simultanément la disparition de l'obésité et des troubles endocriniens, sans qu'on ait le droit de dire que l'opothérapie a guéri l'obésité, ni que le régime a guéri les troubles endocriniens.

Plusieurs auteurs, Mouriquand, Rathery, Lereboullet, ont été jusqu'à invoquer une insuffisance pluriglandulaire. Mais si les glandes génitales, surrénales, hypophysaires n'ont pas d'action sur le métabolisme, il est douteux que leurs lésions associées puissent en exercer une. Je ne crois pas non plus que les altérations du foie et du pancréas, dont le résultat habituel est l'amaigrissement, puissent jouer un rôle pathogénique dans l'obésité.

Cette longue discussion, où l'on me permettra de montrer un certain scepticisme à l'égard des théories à la mode, a son intérêt pratique. Si l'on n'a pas bien nettement en vue le mécanisme physiologique habituel de l'obésité, si l'on accorde trop de confiance aux glandes endocrines, si l'on ne prend pas la précaution tout en administrant l'opothérapie, d'instituer simultanément le traitement rationnel de l'obésité, on aboutit à des échecs dont j'ai observé de nombreux exemples. Au contraire, en traitant l'obésité par les moyens habituels aidés, quand il y a lieu, par le corps thyroïde et quelques remèdes accessoires on obtient, sauf dans certains cas irréductibles, un amaigrissement régulier et de bon aloi.

Traitement.— Le traitement de l'obésité est simple, il consiste à amener un excès des dépenses sur les recettes de l'organisme afin d'obtenir la combustion des réserves de graisse. On y parvient par la phagothérapie associée à la kinésithérapie, en diminuant les recettes alimentaires et en augmentant les dépenses énergétiques et calorifiques.

Régime alimentaire.— Bien des régimes ont été préconisés contre l'obésité. Ils aboutissent tous, par des moyens directs ou détournés, à réduire l'alimentation au-dessous des besoins de l'organisme. Quelques-uns ont acquis une grande célébrité. Je ne les citerai point; je me contenterai d'indiquer le système qui m'a semblé pratiquement donner les meilleurs résultats.

Ce régime doit être précisé qualitativement et quantitativement; il est composé de façon à se rapprocher autant que possible des habitudes alimentaires du pays. Ainsi l'obèse peut faire sa cure

en famille ; cependant il fait en même temps son éducation alimentaire, et lorsqu'il aura maigri de la quantité voulue, il aura acquis de bonnes habitudes qui l'empêcheront de réengraisser. Les aliments sont choisis de façon : 1^o à contenter l'appétit par leur volume tout en nourrissant peu ; le régime sera peu riche en graisses et en sucres ; 2^o à fournir une quantité d'albumine, suffisante, sinon pour maintenir l'équilibre azoté, du moins pour limiter la perte d'azote ; d'ailleurs en accordant au sujet, vers la fin de la cure, une quantité supplémentaire d'albumine, on arrive facilement à lui faire récupérer l'azote perdu pendant la première partie de la cure, ainsi que nous l'avons montré avec L. Furet ; 3^o à ne pas exciter l'appétit (régime peu épicé, peu salé).

On peut formuler le régime de la façon suivante, en le faisant un peu plus riche pour les sujets de grande taille, un peu moins riche, au contraire, pour les personnes petites.

Le matin : Œuf à la coque
Biscotte de 10 grammes
Une tasse de thé

A 10 heures : Une tasse de bouillon* de légumes.

Déjeuner : 1^o Hors-d'œuvre végétal (radis, tomate, céleri, choux, concombre, cornichon) 30 gr.
2^o Viande maigre, dégraissée, grillée ou rôtie, cuite. . 50 »
3^o Légumes verts, assaisonnés avec très peu de beurre 250 »
4^o Fruits frais. 100 »
5^o Pain. 50 »
6^o Boisson : un verre de vin ; eau à volonté.

Goûter : Une tasse de thé,
Biscuits sec 10 »

Dîner : Potage léger
et le reste comme au déjeuner.

Cuisine peu grasse, peu salée, peu épicée. On peut remplacer la viande par deux œufs, ou par 30 gr. de légumes secs.

Kinésithérapie et hydrothérapie.— L'obèse doit faire de l'exercice ; toutes les formes d'exercice sont bonnes, pourvu qu'elles soient adaptées aux capacités de l'individu. Le meilleur système consiste à ordonner des exercices d'assouplissement suivant la formule suédoise, le matin, durant 20 à 40 minutes et le soir durant 5 à 10 minutes ; ces exercices doivent être exécutés sous la direction d'un masseur gymnaste qui surveille le pouls et la respiration. A cet exercice régulier et dosé, on ajoute la marche et les divers sports :

TRIADÉ HYPNOTIQUE, ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE

DIAL

(Diallylmalonylurée)

INSOMNIE NERVEUSE

EXCITABILITÉ, ANXIÉTÉ, ÉMOTIVITÉ
HYPERESTHÉSIE SENSORIELLE
TOXICOMANIES



DIDIAL

(Diallylbarbiturate d'éthylmorphine)

INSOMNIE-DOULEUR

TRAUMATISMES, CALMANT PRÉ-ANESTHÉSIQUE
AGITATION PSYCHIQUE, ALGIES
CANCERS DOULOUREUX



DIALACÉTINE

(Diallylmalonylurée - Ether allylparacetaminophénolique)

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE

SPASMOPHILIE, NÉVROSES FONCTIONNELLES
NÉVRALGIES, MIGRAINE, LUMBAGO
AFFECTIONS AIGUES

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON.



Suraliment

phosphoré

intégral

pour

ENFANTS

en bas âge

1/2 à 2 cuillères à café
par jour

LABORATOIRE CIBA

1, place Morand — LYON

Laboratoire de Biologie appliquée

H. CARRION & C^{ie} PARIS

EVATMINE

Médication

adrénalino-hypophysaire

DE

L'ASTHME

Ampoules de 1 c. c. pour injections hyaodermiques

ascension en montagne, course, boxe, escrime, danse, natation, canotage, golf, tennis ; certains appareils de mécanothérapie peuvent être utilisés.

Lorsque le cœur de l'obèse ou ses articulations ne lui permettent point la gymnastique volontaire, on peut employer la gymnastique électrique, qui fait faire les mêmes dépenses énergétiques que la contraction musculaire volontaire mais sans le déplacement des membres et sans fatigue du cœur ; j'en ai obtenu d'excellents résultats chez les obèses cardiaques, atteints de rhumatisme chronique, ou d'angine de poitrine.

Le massage est utile pour rendre l'amaigrissement esthétique chez les femmes. L'hydrothérapie froide augmente les dépenses calorifiques ; on l'emploie sous forme de douches froides ou écosaises, après l'exercice du matin, de bains tièdes et progressivement refroidis, de bains de vapeur ou de lumière suivis de sudation, de bains de rivière ou de mer.

Médicaments. — Il n'y a pas de médicaments spécifiques de l'obésité, mais il y a quelques médications utiles. Ce sont :

1° Les laxatifs répétés, quotidiens, sous forme de sels de Brides ou de Carsbad ; ou encore sous la forme suivante :

Citrate de soude	20 gr.
Sulfate de soude	30 »
Phosphate de soude	10 »

Une cuillerée à dessert dans une tasse d'infusion chaude de chiendent le matin à jeun.

2° Des pilules de valériane, jusquiame et ipéca, qui servent à calmer l'appétit exagéré de certains obèses.

3° Des toniques du cœur (spartéine, strophanthus) chez les obèses dont le cœur est faible et la pression artérielle insuffisante ; des diurétiques (théobromine, scille) chez ceux dont les reins fonctionnent insuffisamment.

4° L'extract thyroïdien, médicament précieux, mais dont l'usage illégitime est dangereux et a causé la mort de quelques obèses. Il est nécessaire chez les obèses myxœdémateux et chez ceux dont le métabolisme basal est au-dessous de la normale. Il doit être administré à dose suffisante ; avec dix centigrammes je n'ai généralement obtenu aucun effet et j'ai dû recourir à vingt ou trente centigrammes par jour.

Les traitements thyroïdiens dosés au milligramme, s'ils sont

sans danger, m'ont paru n'exercer aucune action. La surveillance du malade, non seulement au moyen du pouls, mais surtout du métabolisme basal, permet de se rendre compte de l'efficacité et de l'innocuité du corps thyroïde; on cesse le traitement thyroïdien quand le métabolisme basal est remonté à la normale, on le reprend s'il s'abaisse de nouveau; cette méthode permet d'éviter les accidents d'hyperthyroïdie graves qui ont été déterminés chez certains obèses par l'abus du corps thyroïde.

Le traitement thyroïdien m'a paru encore utile chez certains obèses qui, malgré un régime réduit et un exercice assez intense, ne parviennent pas à maigrir, une dose moyenne durant quelques jours déclanche pour ainsi dire l'amaigrissement qui évolue ensuite régulièrement.

Les autres extraits endocriniens (ovarien, hypophysaire, surrénal, testiculaire) peuvent être employés accessoirement pour lutter contre les troubles fonctionnels associés à l'obésité, mais ils n'ont pas d'action sur l'amaigrissement lui-même; leur rôle est surtout psychique.

Conduite de la cure. — Il est souvent bien difficile de maigrir chez soi, dans le milieu familial où l'on a pris l'habitude de l'engraissement; l'obèse doit user d'une grande volonté pour réfréner son appétit et lutter contre sa paresse. Aussi obtient-on des résultats plus rapides et plus constants quand la cure est instituée dans une maison de santé ou dans une ville d'eaux; à Brides, par exemple, toutes les conditions se trouvent résumées pour faire maigrir, par la cure laxative, le régime réduit, la gymnastique médicale, le sport et l'hydrothérapie; le seul inconvénient des villes d'eaux c'est que la cure ne peut y être qu'ébauchée, car une obésité très développée réclame plusieurs mois et parfois plus d'une année pour disparaître.

QUELQUES CONSEILS

DIATHÈSE URIQUE

Régime dans tous les cas.

Chez les malades pléthoriques, cachets avec :

Magnésie calcinée	}	à à 0,10
Soufre sublimé		
Crème de tartre		
Poudre de cascara		

1 ou 2 au repas du soir.

Si manifestations rhumatismales dominant, Ascéine, 2 à 4 comprimés par jour. Si manifestations gouteuses, Atoquinol sous forme de cachets ou de granulé. Ces deux médicaments procureront la sodation des phénomènes douloureux en période aiguë, et, pris à dose modérée, ils exerceront, en dehors de la période des accès, une action prophylactique très appréciée des malades.

LEUCORRÉE

Traiter la cause et l'état général. Iodure de potassium ou mieux lipoiodine chez les scléreuses; ferrophytine chez les chloro-anémiques. S'il y a hypertension, citrate de soude 5 gr. à chacun des repas. Soigner le régime, proscrire les viandes faisandées, le gibier, la marée, le thé, le café, le chocolat.

Purgations légères avec crème de tartre, soufre et magnésie calcinée. Localement, traiter la métrite par injections vaginales chaudes (45°), matin et soir, avec solutions antiseptiques faibles (permanganate 0,50 p. 1.000, sulfate de cuivre 2 p. 1.000, protargol 5 p. 1.000). Le soir, au coucher, application d'un ovule au vioforme, cicatrisant et antiseptique.

HYPERTENSION

Hygiène et régime alimentaire approprié. Assurer une selle quotidienne copieuse avec péristaltine, 2 à 3 comprimés au repas du soir, pendant 4 jours par semaine, la semaine suivante cachets avec :

Magnésie lourde.	}	à à 10 centigr.
Crème de tartre.		
Soufre sublimé		

Médication iodée avec lipoiodine 2 à 4 comprimés par jour, ou sous forme injectable (une ampoule tous les 2 jours), médicament non congestif, ne provoquant jamais d'iodisme et agissant spécifiquement sur la tension; 15 jours par mois. Trinitrine IV à XV gouttes par jour de la solution alcoolique au centième, 10 ou 15 jours par mois.

MORTALITÉ DE LA VILLE DE CONSTANTINOPLE

du 2 au 29 Septembre 1923

Causes des Décès

	Décès
Peste	1
Typhus exanthématique	2
Fièvre Typhoïde (Typhus abdominal).	11
Dysenterie.	7
Variole	1
Rougeole	1
Scarlatine.	8
Diphthérie et croup	3
Erysipèle	1
Grippe.	1
Paludisme.	1
Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerp.)	—
Encéphalite léthargique	—
Autres affections contagieuses non spécifiées	1
Tuberculoses (poumons, méninges, etc. etc.).	162
Méningite cérébro-spinale épidémique.	—
Syphilis	2
Affections du cerveau	60
Autres affections du système nerveux non spécifiées	15
Maladie du cœur et de l'appareil circulatoire	111
Autres affections de l'appareil respiratoire non spécifiées	69
Maladies de l'appareil digestif	54
Gastro-entérite des enfants	93
Affections des reins et voies urinaires.	37
Affections des organes génitaux	—
Affections du foie, pancréas et de la rate	16
Maladies communes non spécifiées	25
Maladies constitutionnelles non spécifiées	15
Maladies chirurgicales	5
Débilité congénitale et vice de conformation	41
Morts-nés	38
Sénilité	44
Tumeurs malignes	27
Morts violentes (suicide excepté)	25
Suicide	9
Accident d'accouchement	1
Total.	887

VARIÉTÉ

A un pharmacien qui pindarise

I

O harpeus ! ô rival d'Apollon ! — Saturé
De préparer des loochs, opiat, collutoires,
Tu te sens soulevé par l'art évocatoire
Sur Pégase aux galops noblement allurés.

En toi, — tel le prurit qui naît sous l'exutoire, —
La fureur de rimer arde. Transfiguré,
Tu scandes l'hémistiche, avec soin césuré,
Qu'extréta ton cerveau, prosodique émonctoire.

Tout'en sphéroidant des bols thériacaux,
Pilonnant au mortier, explorant tes bocalx,
Tu cisèles sonnet, « *terza rima* », distique.

Tu médites parfois, — le sourcil sous l'index, —
« *Ne pourrai-je jamais mettre en vers le Codex*
« *Dans les dix chants d'un grand poème didactique ?* »

II

Enfourche, si tu peux, le grand cheval hybride
Dans sa ruée ou dans son fougueux vertige,
Pourtant sois attentif à faire bien égaux
Les granules que formula Dioscoride.

Evite en collaudant les Muses Piérides,
D'incorporer, distrait, par mégarde et *largo*,
Aux doux saccharolés de pâtes d'escargots,
Aux bénins lénitifs, strychnine et cantharide.

N'égare, citharède inspiré, ta raison
Jusqu'à laisser la clef sur l'armoire aux poisons ;
Et croyant syllaber les mots d'un hexamètre

Que tu cadencerais avec art, ne va pas
Asséner douze fois la même dose, et mettre
Dans quelque énergétique, un foudroyant trépas !

Honoré BROUTELLE

INSTITUT PASTEUR DE PARIS
SÉRUMS & VACCINS

préparés par le service de Sérothérapie

DATE DE VALIDITÉ GARANTIE

Dépositaire exclusif : J. BERT, Constantinople

داء الافرنج علتی شبه ایدیهیلیرز وخسته نك افاده سی، معاینه سریره و لابوراء
توآر بوتشخیصی تعیین ایدر فقط تزايد تضیق دمك داء الافرنج نتیجه سی اولدینی
آننجق تداوی سایه سنده قطعی بر صورتده آكلایه بیایرز .

۵— تزايد توتر شریانیدن ماعدا بشقه بر مرضی اولمیان خسته لره دخی
تصادف اولنه بیلیركه خسته سنه لرجه قطعياً مشتکی اولمادینی حالده كون كلیركه
قلب یورولور وخسته وفات ایدر. بو واقعه لرده داء الافرنج تشخیصی جدی
وصیق بر معاینه نتیجه سی اولملیدر. داء الافرنج نه صورتله تزايد توتر شریانی
وجوده کتیریر؟ بو سؤاله بر جواب قطعی الیوم وریله من مع مافه Vaquez تزايد
تضیق دمی غده فوق الكلیه تغیراته عطف ایدر .

تداویده بوبرك وقلب احوالی خط حرکتیزی تعیین ایتلیدر. قلب وبوبرك
تغیراتی خفیف ایسه فرنکی به قارشو معلوم اولان آرسه نیق، حیوه وایود
مستحضراتی استعمال اولنه بیایر، یالکز صیق صیق قلب وبوبرك احوالی تعقیب
ایدیله جك وایجابنده تداوی ترك ایدیله جكدیر .

فقط قلب تغیراتی بك چوق ترقی ایتش ایسه تداویده داء الافرنجی قطعياً
نظر اعتباره المایهرك مساعیمزی قلب وكلیه عدم کفایتنه عطف ایدم جكز .

پارس پاستور تداویخانه سی

سروتراپی دائرهمسی طرفندن مستحضر

سروم وائی

مدت تداوی و تأثیری تحت کفالتده در

یکانه ده پوزیتوری: راه بر درسعادت

سولفار سدنول

سیویل و عسکری خسته خانه لرده قبول اولغشدر .

فرنگی به فارسی

ترنگسی الک آژ : آرسه نولسیدی یوقدر، سمیتی دیگر آرسه نونیزلردن ۲-۵ قات دما آژ در.

استعمالی الک قوولی : صوده چاپوق حل اولور. داخل ورید، بین العضلات، تحت الجلد بلا وجع زرق ایدیلیر.

تأثیری الک بیوک : هر وقتك خصوصاته تطبیق اولته ییلیر، بیوک دوزلرله شدتلی تداوی، تأثیری سریع، عمیق و دواملیر.

عونه و ایضاحات: غلطه ده و یووده خائنده هژان بهر، افندی دن طلب اولنور

آغومنسین

قادیلرک عادتلی

تحریرک و جلب ایدر

کونده ۳-۹ قومپریمه

آندوقرین موادی افرازی
برقانون منتظم اوزرینه جریان
ایدیور.

قادیلرک عادت اضطراباتلی
بو قانونک تزلزلندن ایلری
کلیمور.

بناء علیه بو اضطراباتک
تداویسی بو قانونک تنظیم
و تطبیقنه مربوطدر.

بوایسه انجق تأثیری معین
اولان مواد اجزائه سایه
سنده اوله ییلیر.

سیستومنسین

قادیلرک عادتلی

تخوین و تنظیم ایدر

کونده ۳-۶ قومپریمه

لابوراتوآر سیبا

لیئون - پلاس موران، ۱

« رەزىل »

غلىسرو غاياقول ائزىدر

غاياقول مستحضرلرىنىڭ كەۋرىدەر رەئى - شەرنى خىستە قىلار دە
لەفائىت وسقرو قولوز دە تەدرىك ھەنوع نەظاھەتتە تەداۋى قىلىپ الدە ايتىك
اچچون يىكانە واسطەدەر .

شەروب پاستىل و آمبول خالىدە بولنور

پاستىلەندى كۈندە
۳-۵ عدەدە قدر

شەروبىدىن كۈندە
۳-۵ قەھۋە قاشىقى

چۈچۈقلەردە نەصف دوز قوللانسا

قالىن

(پىرامىدون، قافەئىن و غوآرانىن مەركىب)

بۈرك قەلب و مەدەيە قەلئە مەضر اولمايۇب

آغرىيە قارشاك مۇر قاشەدەر

طلب اوزرىتە تەۋە كۈندىرلەر - لاپور اتوار مەتادىبەر، طور - فرانسه

اولان هر هانگی خسته به تصادف اولونورسه اوخسته ده داء الافرنج آرامق طبيک برنجی وظیفه سیدر .

تزاید توتر شریانی داء الافرنجک تظاهرات مراقیه سندنذر . انتاندن یکرمی سنه صکره میدانه چیقار، هر حالده بوتزاید توتر شریانی برقچ سنه اول باشلار تدریجی اوله رق دوام و تراقی ایدر، خسته اوزون مدت شکایت ایتمز فقط کون کلیرکه اضطرابات فضله لاشیر خسته طبیعه مراجعت ایدر. معافیة تزاید توتر شریانی فرنکنیک ایکنجی دوره سنده دخی نادرآ کوروله بیلیر .

تزاید توتر شریانیک سببی داء الافرنج اولدینی زیرده محرر شرائط داخلنده تشخیص اولنور :

۱ — التهاب کلیه ایله مترافق التهاب ابهر واقعهلرنده تزاید تضییق دم محقق داء الافرنج نتیجه سیدر. رشیدن مصون قرق یاشی کچمش بر خسته ده ناتمامیت ابهره تصادف ایدیلیرسه بونک سببی داء الافرنج اولدینی بلا تردد سوبلیه بیلیر و بو خسته لغه مبتلا اولدینی کندیسی اقرار و اعتراف ایتمزسه و یاخود عدم معلومات بیان ایدرسه معاینه سریری و واسرمان تعاملی بونی میدانه چیقاریر . بو خسته لرنده تزاید توتر شریانی دائمی، دوامی و بلا اهتزاز اولمقله برابر یوکسک مرتبه ده بولمقله در درجه قصواسی ۲۵-۳۰، درجه اصغریسی ۱۴-۱۶ راده لرنده در .

۲ — ام الدم ابهر خسته لغه مبتلا اولان بر ذاتک تضییق دمک تزایدی داء الافرنج عاتندن ایلری کلدیکی قطعی بر صورتده تشخیص ایدلملیدر .

۳ — بعض خسته لرنده تزاید توتر شریانی حناق صدر اعراضیله مترافقدر . بو وقعهلرنده دخی داء الافرنج وارد خاطر اولملیدر فقط تشخیص انجق جدی بر معاینه سریری و واسرمان تعاملی سایه سنده کسب قطعیت ایتدیرلملیدر چونکه حناق صدر اعراضنه داء الافرنج خارجنده دخی تصادف ایدیلیر .

۴ — تزاید توتر شریانی یالکز بر التهاب کلیه به رفاقت ایدر . بو وقعهلرنده

استانبول پاژ مه دیقالتاری

علوم طبیه و اجزائیه شهرى مجموعه سى

منبریهات

حقیقه

توتیر شریانی و داء الافرنج (دوقتور عثمان نوری) ۱۳

توتیر شریانی و داء الافرنج

دوقتور عثمان نوری

توتیر شریانیک موازنه طبیعیه سنی اخلال ایدن خسته اقلردن برنجیسی داء الافرنجدر. نادراً و بعضی شرائط داخلنده فرنکی تضییق دمی تنقیص ایدم. بیلیر فقط علی العاده بو تضییق تزید ایدر و الیوم مؤلفلرک اکثریسی توتیر شر- یانینک تزاید ایتمسینه برنجی سبب فرنکی اولدینغی قبول ایستدیلر .

فرنکیلیلرده تضییق دمک تناقصی اندر اولقله برابر مهم بر شوده دکلرر . خسته لفاک ایکنجی دوره سنده موقتة و یکجیی بر صورتده تصادف اولنه بیلیر، بو کبی خسته لر قانسز، قوتسز، احوال عمومیه لری دوشکون خسته لر درکه داء الافرنجه قارشو لازم اولان تداوی تطبیقی اولندینی وقتده هم بو اعراض همده تناقص توتیر شریانی زائل اولور .

توتیر شریانی تزایدینک برنجی سببی داء الافرنج اولدینی قبول ایدلمشدر. حتی غلا واردن ادعا ایدیورکه: تضییق دمی دائمی و دوا ملی بر صورتده تزاید ایتمش

اعلامه — «استانبول پاژ مه دیقالتاری» مجموعه سنی تحریر آ طلب ایدن اطبا افندیلر مجاناً کوندر بله چکدر.

Pages Médicales

de Constantinople

REVUE MENSUELLE : des Sciences Médicales & Pharmacologiques

Administration : J. BERT, Directeur-Administrateur

Voivoda Han, No. 1 - Galata — Téléphone : Péra 2524

Droguerie Centrale d'Orient

EN GROS

EN DÉTAIL

ARTICLES D'HYGIÈNE

ARTICLES DE TOILETTE

DROGUERIE

PARFUMERIE

Spécialités Pharmaceutiques

Produits de Beauté

Articles choisis et authentiques des meilleures marques

SIÈGE SOCIAL : Stamboul-Sirkédji — Khorassandjian Han.

Téléphone : Stamboul 52

DÉPOTS : Angora Han — Khorassandjian Han & Babali

SUCCURSALES

Stamboul, Angora Han, Sirkédji

Péra, Place du Tunnel, 5

Stamboul, Bagtché Capou 7

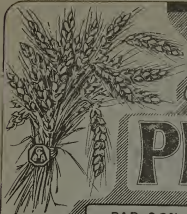
Péra, Grande Rue 223-5

Galata, Place du Pont 5

Smyrne, Rue Franque 77

Kadikéuy, Rue Mouvakathané No. 29

Maison d'Achats à Paris



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE



PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine
résola le problème de la Médication
phosphorée

Trois Formes :
Cachets : à 0 gr. 50 : 2 par jour
Comprimés : à 0 gr. 25 : 4 " "
Granulé : 2 cuillères à café " "

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND - LYON

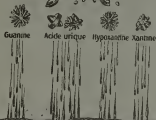


Deux formes
CACHETS
GRANULE

Les principales
INDICATIONS de

l'Atoquinol Ciba

(phenylcinchoninate d'allyle)



Arthrites aiguës ou chroniques
Goutte
Asthme bronchique
Dermatoses Névralgies
Sciatique rhumatismale
et autres manifestations
uricémiques

L'Atoquinol est le solvant par excellence de l'acide urique

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND
1, PLACE MORAND
LYON

PAGES MÉDICALES DE CONSTANTINOPLE

REVUE MENSUELLE MÉDICALE & PHARMACOLOGIQUE

SOMMAIRE

Revue des Sociétés	Pages 257
Communication du Dr. Handjian	269
Mortalité de la ville de Constantinople	272
Dernières Publications Médicales.	273



SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE

Séance du 2 Novembre 1923

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président

M. BARBOUTH dit avoir fait dernièrement le diagnostic d'un cas de Sodoku grâce aux deux cas décrits par Mouchet et Delamare. Son petit malade, mordu par un rat, présenta 15 jours après de la fièvre, des frissons, enfllement de l'avant-bras, des ganglions sous-axillaires, puis 6 jours après sueurs profuses, guérison. Quelques jours après, nouvel accès avec mêmes symptômes. L'examen du sang fut négatif pour les spirilles considérés comme agents pathogènes de cette maladie d'origine Japonaise.

La durée de l'incubation varie de 5 à 15 jours.

Discussion.

M. RÉCHAD RIZA dit avoir également vu un cas de Sodoku chronique, avec cette différence qu'ayant examiné le sang au

NOTA. — Le service des « Pages Médicales de Constantinople » sera fait gratuitement à tout docteur qui en fera la demande.

Giemsa, il y vit de très rares spirilles; il fit six injections de Néosalvarsan, et depuis deux mois le malade n'a pas d'accès.

ORHAN TAHSIN BEY rapporte qu'il a soigné, il y a deux ans, un marin du Chirket mordu par un rat. Le malade a eu par accès des frissons, de la fièvre, une éruption; l'examen du sang resta négatif. M. Orhan Tahsin, voyant une marche pareille à celle de la fièvre récurrente, traita son malade par le Néosalvarsan, et obtint la guérison. Par diagnostic rétrospectif, il pense avoir eu sûrement un cas de Sodoku.

M. ZÉNOPE pense que pour qu'il ait diagnostic du Sodoku, il faut qu'il y ait réunion de tous les trois facteurs: morsure, accès fébrile, présence de spirilles dans le sang.

M. ALALOU trouve qu'il n'est pas établi d'une façon catégorique que le Sodoku est dû aux spirilles; d'aucuns pensent qu'il est dû à des champignons, d'autres à des streptocoques. Quant à la coloration, il se sert du Fontana-Tribondeau, qui colore mieux que le Giemsa.

M. ANDRÉ WAHRAM prenant en considération la pluralité des microbes et saprophytes que la bouche héberge, pense que les septicémies consécutives à des morsures ne sont pas toujours dues aux mêmes agents.

M. BARBOUTH, en réponse, considère son cas comme un cas de Sodoku, vu l'anamnèse, le tableau clinique et le cycle évolutif de l'affection.

Le procès-verbal du 26 Octobre est lu et approuvé.

A propos de ce procès-verbal:

M. PORTIAS revenant à la question de la ponction lombaire en cas d'hémorragie méningée, remarque qu'il avait émis, à la dernière séance, l'opinion que cette ponction pouvait donner lieu à la mobilisation du caillot et à la reprise de l'hémorragie, que cette opinion avait donné lieu à quelques objections de la part des confrères les plus compétents, objections qu'il croit en partie injustifiées.

Il a consulté quelques travaux et il a eu la satisfaction de voir que son idée n'était pas complètement vaine. Ainsi le Professeur agrégé Guillaïn dit: « Dans la période de début d'une hémorragie méningée traumatique ou dite spontanée, il faut s'abstenir de faire d'emblée une ponction lombaire avec évacuation d'une grande quantité de L. C. R. car il est possible que la décompression ainsi

provoquée amène le déplacement d'un caillot obturateur et devienne alors la cause d'une nouvelle hémorrhagie. J'ai constaté l'action nocive incontestable des ponctions lombaires précoces et répétées dans les hémorrhagies méningées, et je recommande tout spécialement la prudence dans ces cas. »

Il rappelle également une observation de Sergent et Grenet publiée dans le Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris (11 Juin 1908) intitulée « Hémorrhagie méningée. Mort subite au cours d'une ponction lombaire », observation extrêmement suggestive.

M. BURHANEDDINE revient à la question du traitement des septicémies et dit que depuis 15 ans qu'il s'est servi des métaux colloïdaux, il n'a jamais obtenu un résultat positif; en revanche, l'argent colloïdal provoqua une infection locale. M. Burhaneddine dit avoir vu dans les hôpitaux d'Allemagne des résultats plus encourageants avec le Rivanol, le Proptavène et la Tripofalvine. M. Burhaneddine ne pense pas que, de la piqûre, les microbes entrent et pullulent directement dans le sang; pour lui, il faut qu'il se crée d'abord un foyer local ou une thrombose, et c'est de là que partira la septicémie; la marche du cas de M. Galimidi parle en faveur de cette conception. Quant aux hémocultures, il ne voit pas la nécessité d'une stérilisation à 120°: 100° suffisent; mais pour le succès complet, il faut une quantité suffisante de milieu nutritif et de matièreensemencée.

M. ALALOU pense au contraire que pour le succès de l'hémoculture, il faut une stricte asepsie et une stérilisation à 120° pour tuer les spores.

M. ORHAN TAHSIN trouve que la question de la stricte stérilisation est depuis longtemps bien définie, et se demande comment M. Burhaneddine peut encore la discuter.

M. GALIMIDI s'étonne que M. Burhaneddine tranche si facilement la question du traitement des septicémies, en niant toute efficacité aux métaux colloïdaux et aux vaccins, au moment où les auteurs les plus autorisés en disent tant de bien. Il répète que la stérilisation et l'asepsie sont indispensables en matière d'hémoculture, car l'entrée fortuite d'un microbe (staphylocoque) pourrait donner des résultats faux. Il est très probable, dit-il, que son malade ait fait une thrombose avant l'apparition des symptômes de

septicémie, mais cette thrombose a dû être profonde et n'a pas pu être décelée.

M. SANTOUR fait une communication « Sur le traitement des papillomes bucaux par l'orchitine ».

M. ZÉNOPE remercie M. Santour d'avoir fait cette communication qui vient à l'appui de ce qu'il a annoncé à plusieurs reprises, à savoir : l'importance des troubles des glandes endocrines sur la santé en général et sur l'allure que donnent ces troubles à telle ou telle maladie, comme la tuberculose, le cancer, etc. en modifiant le terrain sur lequel évolue cette maladie.

M. BARBOUTH communique : « Quelques cas d'infections chirurgicales traités par le Propidon ».

Discussion

M. ALALOU fait observer que l'on confond le terme réaction, que l'on constate à la vue, avec le terme choc hémoclasique, que l'on doit rechercher.

M. AZIZ FIKRET n'admet pas comme indispensable l'apparition de la réaction pour espérer la guérison, car lui-même a traité deux abcès du sein avec $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{2}$ c.c. de propidon, et la guérison fut obtenue sans qu'une réaction suivit l'injection du propidon.

M. ZÉNOPE pense que non seulement le propidon, mais toute lactéothérapie provoque le choc hémoclasique qui est caractérisé par : la leucophénie ; la baisse de la tension artérielle ; la diminution de la viscosité du sang.

M. GALIMIDI a la conviction que dans les cas où il y a réaction, celle-ci n'est que l'extériorisation du choc hémoclasique.

M. ALALOU insiste sur la différence des deux termes. Le terme choc hémoclasique, d'après M. le prof. Widal son créateur, devant être réservé aux trois phénomènes mentionnés par M. Zénope, et que l'on doit rechercher sans quoi ils passeraient inaperçus.

M. RÉCHAD RIZA rappelle que d'après Wright, l'auteur de l'opsonothérapie, celle-ci doit être réservée dans les maladies chroniques, et défendue dans les cas aigus. Il pense lui-même qu'il est dangereux de se servir de cette thérapeutique dans les septicémies.

M. GALIMIDI fait observer que plusieurs auteurs après Wright se sont servis de l'opsonothérapie contre les maladies aiguës et ont

obtenu des résultats surprenants, mais ne nie pas que l'on doive confier ce traitement à des mains expérimentées.

M. BURHANEDDINE rappelle la différence qu'il y a entre la vaccinothérapie qui est spécifique, et la protéinothérapie qui ne l'est pas, et que, en tous cas, les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas chroniques.

M. BARBOUTH dit qu'il y a deux chocs hémoclasiques: *a*) le choc réel que l'on doit rechercher pour le constater, et *b*) le choc apparent que l'on constate objectivement en clinique, et il ajoute qu'il n'a pas fait des recherches sur le choc hémoclasique des cas relatés, mais il a chaque fois constaté un mauvais pouls, ce qui dénote toujours une hypotension. Il soutient que plus la réaction est forte, mieux cela est, et que si M. Aziz Fikret n'a pas obtenu de réaction, cela est dû à la dose trop petite dont il s'est servi. D'après les auteurs, les enfants ne présentent pas de réaction. Il rappelle que ses cas étaient chirurgicaux, et par conséquent locaux.

La séance est levée.

Séance du 9 Novembre 1923

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président.

Présentations

M. KAZATCHENKO présente un malade, réfugié russe, qui a eu quatre accès de la fièvre dite de trois jours, maladie dont les accès ne dépassent généralement pas le nombre de trois.

M. ABINELEH demande à M. Kazatchenko s'il a examiné le milieu où vivait le malade et si dans ce milieu il a vu le Phlebotome de Papadaci — véhicule du germe de cette maladie.

M. KAZATCHENKO, en réponse, dit avoir constaté la présence de beaucoup de mouches et de moustiques dans l'entourage, mais n'avoir pas fait une recherche scientifique.

M. ORHAN TAHSIN remarque que cette année-ci il y a en général beaucoup de mouches et de moustiques.

Lecture est donnée du procès-verbal du 2 Novembre, lequel est approuvé.

A propos de ce procès-verbal :

M. BARBOUTH, revenant à son malade au Sodoku, dit n'avoir pas fait d'injection de Néosalvarsan pour pouvoir le montrer à la Société avec son nouvel accès. Quant à la question du Propidon, il cite qu'au dernier Congrès d'Urologie de Paris on a rapporté que, sur 30 cas d'épididymite aigue gonococcique traités par la méthode de trois ampoules de Propidon, on a enregistré 26 guérisons. L'effet du Propidon n'est pas spécifique mais hémoclasique ; d'ailleurs la spécificité des vaccins semble avoir vécu.

M. ABIMELEH ne s'étonne pas des effets curatifs du Propidon dans les cas de ces épидидymites, étant donné que ces épидидymites guérissent aussi bien avec toute autre prothéinothérapie comme avec du lait.

M. ORHAN TAHSIN dit s'être servi du sérum antidiphthérique dans plusieurs cas d'épididymite et annexite gonococcique, et en avoir obtenu d'excellents résultats, ce qui milite en faveur des effets hémoclasiques de la prothéinothérapie et de la non-spécificité des vaccins.

M. CARACO s'est servi du lait stérilisé et de la peptone contre les ophtalmies gonococciques et en a obtenu d'excellents résultats.

M. ALALOU fait sa communication sur « la fréquence de la dysenterie amibienne à Constantinople surtout parmi les nourrissons et sur la technique de la recherche des amibes dans les selles en pays tempérés. »

Discussion

M. GALIMIDI, qui s'intéresse beaucoup pour les nourrissons, s'étonne que M. Alalou ait pu déceler en eux avec une telle fréquence la dysenterie amibienne tandis que Marfan et Nobécourt à Paris et Oliviera au Mexique la considèrent comme exceptionnelle. Il voudrait que M. Alalou fasse des expériences sur des chats.

M. CARACO pense que l'opinion des auteurs exerçant dans d'autres pays ne peut en rien diminuer ce que nous voyons ici et ce sont des faits, et des faits probants. La fièvre typhoïde du nourrisson niée autrefois est une acquisition définitive aujourd'hui ; il en est de même de toutes les maladies infectieuses. L'expérience que M. Galimidi réclame sur les chats a été faite par hasard chez des hommes. Dans la famille du Dr. Abimeleh, ici présent, son petit neveu de 12 mois, étant tombé malade, M. Alalou constata

des amibes dans ses selles ; on l'a guéri par l'émétinol ; peu de temps après, la mère et la nurse furent atteintes ; elles guérissent également par l'émétinol. M. Caraco a trouvé les premiers cas à San Stéfano et il attribue aux soldats français de couleur l'introduction des amibes.

M. ORHAN TAHSIN remarque que nous avons la manie des auteurs étrangers et nous ne voyons pas assez ce qui se passe chez nous. Si ailleurs les infections sont rares chez les nourrissons, c'est parce qu'ils sont moins exposés à la contamination. Chez nous, il faut attribuer l'infection des nourrissons au mauvais usage de leur donner de l'eau.

M. ZÉNOPE pense que l'amibiase décrétée par M. Alalou n'est pas la dysenterie amibienne classique, et l'heureuse influence de l'émétine ne prouve pas qu'il s'agisse là de dysenterie vraie.

M. ABIMELEH cite le cas de son petit neveu, qui occasionna une petite épidémie ; c'était cliniquement une véritable dysenterie dont les amibes furent trouvées par M. Alalou.

M. RÉCHAD RIZA pense qu'il serait intéressant que M. Alalou fasse des préparations colorées à la ferro-hémato-xyline.

M. GALIMIDI ne conteste pas les faits constatés par MM. Caraco et Alalou, mais il voudrait être plus édifié là-dessus.

M. AZIZ FIKRET dit que M. Alalou a décelé des amibes même 24 heures après l'émission des selles, et rappelle que d'après Dopter, en retardant l'examen on laisse le temps de se développer aux microbes et parasites qui gêneraient l'interprétation de l'examen. Cela n'est pas une raison pour que l'on retarde l'envoi des selles.

M. CARACO a la conviction que plusieurs cas dans une même famille ont leur origine dans la dysenterie des petits enfants.

M. SINAI a rencontré dans 60 cas de dysenterie, trois dus à des enfants de 6, 12 et 13 mois. Il note également que chez nous on donne de l'eau à boire même aux nourrissons, ce qui expliquerait leur contamination.

M. ALALOU, en réponse, dit avoir communiqué ses propres cas et ceux vus en collaboration avec M. Caraco, ainsi que ses propres études de laboratoire. La prétendue rareté de la dysenterie du nourrisson est due en partie au manque de contamination, en partie au fait que cette maladie n'a pas été recherchée et qu'elle em-

porta les petits avec un autre titre. Le mouvement n'est pas indispensable à la constatation, le fait d'ailleurs qu'il y a des globules rouges à l'intérieur des amibes est une preuve qu'elles ont lancé des pseudopodes pour les attraper. Il est très probable que l'eau serve de véhicule, car plusieurs cas ont été constatés à Halki et Prinkipo, où l'eau est transportée en plusieurs manutentions. On ne doit pas instituer le traitement *ad hoc* sans l'examen des selles, car ce traitement étant long et fatigant, il se pourrait qu'on l'administre à tort. L'amibe que M. Alalon a trouvée et qu'il appela *naine* est tout de même une *amiba histolytica* et les symptômes étaient les mêmes que ceux de la dysenterie ; son amibe est l'agent pathogène de la dysenterie. S'il n'est pas indispensable que l'on examine les selles toutes fraîches, il n'est pas logique tout de même de faire attendre plus que quelques heures.

La séance est levée.

Séance du 16 Novembre 1923

Présidence du Dr. AZIZ FIKRET, Secrétaire Général

Présentation des malades

Le Dr. OSMAN CHEREFEDDINE présente un malade atteint d'hépatite malarique.

Le Dr. CHILAÏDITI présente : 1^o une femme ayant une tumeur inopérable du sein droit de la grandeur d'un œuf. Traité de Janvier à Mars par la radiothérapie qui a amené la guérison clinique. Actuellement, il persiste une induration due aux tissus cicatriciels. Cette induration doit être respectée parce qu'elle est un élément précieux de défense.

2^o Une femme atteinte d'un cancer du larynx inopérable, cancer de la corde vocale droite, adressé à la radiothérapie, sans grand espoir d'ailleurs, il y a une année et demie, par les professeurs Zia Nouri Pacha et Orhan Abdi. A la suite de la radiothérapie, la tumeur a disparu, mais le Dr. Chilaïditi ne la considère pas encore guérie. Il se prononce contre la théorie de donner la dose chirurgicale en une seule fois, ce qui provoquerait l'œdème et l'asphyxie, et trouve préférable de donner cette dose en une dizaine de jours. Le gonflement et l'œdème constatés sont les suites de la

radiothérapie. Cet œdème dur et fibreux ne doit jamais être détruit, parce qu'il est une barrière entre la maladie et l'organisme.

Le Dr VELIDJANIDI présente un homme ayant un diverticule de la vessie constaté par la radiographie et la cystoscopie; c'est par suite d'une gonorrhée que l'on a décelé la présence de ce diverticule. Le Dr. Velidjanidi a cystoscopé le malade et montré ce diverticule à ses confrères.

Le Dr. HANDJIAN relate le cas d'une fillette de 20 mois opérée par le Professeur Enalto à la Haye pour une tumeur du rein gauche, par voie transpéritoniale; il s'agissait d'un adéno-sarcome d'origine embryonnaire, pesant un kilo. Les résultats ont été excellents.

Le Dr. ALALOU présente sous microscope des préparations de lamblia intestinalis qui provoquent la dysenterie, soit seule, soit associée à d'autres parasites. C'est le troisième cas qu'il rencontre. La dysenterie produite par ce parasite guérit par le Néosalvarsan et l'Emétine. Un deuxième micro-organisme qui provoque aussi la dysenterie est un spirille; le Néosalvarsan fait merveille dans ces cas.

Le Dr. ALALOU précise les caractéristiques de ces micro-organismes et cite le cas d'un malade du Dr. Barbouth où une seule injection de Néo. a suffi pour la guérison.

Discussion à propos des cas présentés

Malades du Dr. Chilaïditi

Dr. BURHANEDDINE. — Les cancers du larynx sont les plus radio-résistants: il faut opérer là où l'exérèse est possible. Dans le cas présenté, quoique les symptômes cliniques aient disparu, je ne crois pas que la tumeur soit influencée. Pour la disparition de la tumeur, il faudrait une très forte dose de rayons, ce qui provoquerait l'ulcération de la muqueuse.

Dr. CHILAÏDITI (en réponse). — Il est évident que les cancers du larynx sont résistants. Si c'était une chose facile, il ne vaudrait pas la peine de les présenter devant la Société. Dans ce cas, tout autre traitement a échoué. Pourtant, grâce aux Rayons X, cette femme parle aujourd'hui, ce qui est un résultat appréciable. Le Dr. Chilaïditi rapporte le cas de M. Pinalzis, chez qui un cancer du larynx constaté par les Drs Pappadopoulos, Taptas et Pappa a été tellement influencé par la radiothérapie, qu'à Vienne des spécialistes

n'avaient même pas trouvé les traces de la maladie, ce qui n'a pas empêché d'ailleurs l'apparition d'une récidence 4 mois après.

Dr. ZACARIAN.— Pour prévenir la suffocation des malades par l'œdème de la radiothérapie, on fait la trachéotomie préalable.

A propos du malade du Dr. Velidjanidi, le Dr. Barbouth trouve le cas excessivement intéressant et dit que, dans les cas de gonorrhée où tout traitement échoue, il faut avoir à l'esprit le diverticule.

A propos des malades du Dr. Alalon, le Dr. Osman Cherefeddine dit: « Depuis 5 ans que je suis à l'Hôpital Gouréba, j'ai rencontré 5 cas de lamblia dont 3 associés à d'autres microbes. La spirillose intestinale donne des diarrhées chroniques, abondantes, affaiblissant les sujets. A l'examen des selles, on trouve des spirilles en grande quantité, et une caractéristique de ces spirilles est qu'on peut les cultiver facilement.

Les Anglais déclarent avoir rencontré plusieurs cas de lamblia aux Dardanelles; mais si ces cas sont véritables, ils doivent être apportés très probablement par les soldats coloniaux.

Dr. ALALOU.— Les spirilles trouvés dans les selles s'ensemencent facilement pour une première fois, mais on ne peut pas continuer en 2^{me} culture.

Ordre du jour.

Dr. OUZOUNIAN.— « Sur un nouveau bacille de dysenterie. »

Discussion à propos de l'ordre du jour

Dr. ALALOU.— Les bacilles dysentériques donnent la paralysie du train postérieur. A-t-on recherché ce caractère?

Le Dr. OSMAN CHEREFEDDINE désire savoir si ce bacille agglutine le sang du malade. Notamment Kruze a séparé plusieurs races de dysenteries.

Le bacille du Dr. Ouzounian appartient probablement à l'un de ces groupes et n'est pas un type tout à fait isolé.

Dr. OUZOUNIAN (répondant). — C'est la toxine qui produit la paralysie et non pas le bacille. Le sérum du malade agglutinait fortement le bacille, tandis que les bacilles ordinaires ne l'agglutinaient pas.

Nous connaissons 5 types de bacilles dysentériques. Le bacille rencontré par moi n'avait pas les caractères habituels de ces derniers.

Sur la proposition du Bureau, sont élus à l'unanimité.

Dr. Zacarian, deuxième secrétaire des séances. Dr. Alexiadis, bibliothécaire.

Séance du 23 Novembre 1923

Présidence, de M. ORHAN TAHSIN, Président.

Ni malades, ni pièces à présenter.

Lecture et adoption des procès-verbaux des 9 et 16 Novembre.

Communications :

1^o M. CONOS. — *Un cas d'aphasie avec hémiplégié gauche.*

2^o M. ZÉNOPE. — *Un nouveau cas d'hystérie par insuffisance ovarienne.*

Discussion.

Sur le cas de M. Zénopé, M. Portias désire savoir 1^o puisque les troubles décrits sont attribués à une insuffisance de sécrétion interne, comment la suggestion a agi, 2^o s'agissait-il d'une sciatique double ou paraplégique?

M. ZÉNOPE (en réponse). — Il y a un genre d'hyperthyroïdie qui est suggestionnable et il s'agissait là d'une sciatique double.

Ensuite la Société aborde la discussion de questions d'ordre intérieur.

Il est décidé 1^o que la dénomination de la Société sera désormais « Société des Sciences Médicales de Constantinople ; 2^o que le bureau enverra une lettre de remerciement à M. J. Bert qui a fait cadeau à la Société d'un joli portrait encadré de Pasteur.

La séance est levée.

Séance du 30 Novembre 1923

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président.

Présentations :

M. CHILAFDITI présente une femme atteinte du cancer du vagin, de l'utérus et du pli de Douglas, et qui fut guérie 4 ans auparavant par la radiothérapie profonde et le radium. La guérison se maintient jusqu'aujourd'hui.

M. ALALOU présente sous le microscope des urines contenant des amibes. Il s'agit d'un malade qui fut considéré par les uns comme ayant un sarcome du rein, par les autres comme souffrant d'un cancer de la vessie. Avec une injection de 5 c.c. d'émétine, l'hématurie a cessé. Le Dr. Alalon dit que dans la littérature, il n'y a que deux cas de Pésétakis (d'Alexandrie) où des amibes aient été décelés dans les urines.

M. BURHANEDDINE présente 1° la photographie d'un homme ayant une tumeur au con qui ne fait pas souffrir le porteur. L'excision au bistouri fut difficile à cause des adhérences. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un myxosarcome. 2° Une pièce anatomique extirpée au bistouri pendant l'opération. C'est le cæcum et le colon ascendant en invagination, d'un malade qui, ayant une tumeur au ventre, de la constipation et quelques petits troubles, a été pris pour un homme à rein mobile et fut laparatomisé pour cela. A l'ouverture du ventre, on s'est rendu compte de l'erreur; on a extirpé les parties invaginées et on a réuni l'iléon au colon transverse. 3° Un malade âgé de 45 ans à qui l'auteur enleva une tumeur du cæcum où le diagnostic d'appendicite avait été porté.

Discussion.

1° sur le cas du Dr. Alalon.

M. SION n'a jamais entendu parler d'amibes dans les urines.

M. ABIMELECH félicite M. Alalon d'avoir ajouté un 3^{me} cas d'amibiase urinaire aux deux déjà existant dans la littérature.

M. CHILAÏDITI dit avoir examiné le malade aux rayons X et avoir constaté chez lui un gros rein gauche abaissé contenant des concrussions calcaires.

M. BARBOUTH.— Etant donné que les amibes passent dans le foie, pourquoi n'admettrions-nous pas qu'elles puissent passer également dans le rein. Ne connaissons-nous pas d'ailleurs, l'émigration des colibacilles dans les reins?

Lecture est donnée du procès-verbal du 30 Novembre qui est adopté.

La séance est levée.

Communication faite le 26 Octobre 1923 par M. le Dr. HANDJIAN

Hématome extra-durale traumatique

Trépanation — Guérison

Le 7 Août dernier, vers 3 heures de l'après-midi, je fus appelé auprès d'un de mes clients, qui était tombé d'une voiture de tramway. C'était un homme âgé de 40 ans, R. M., qui, après son repas, se rendait à la station du Harbié ; au moment où le tram se mettait en marche, son chapeau fut emporté par un coup de vent ; pour le rattraper, il voulut descendre de la voiture, et ce faisant, il fit une chute malheureuse sur le côté gauche de la tête, qu'il alla faire panser à la pharmacie la plus proche ; un confrère lui fit le premier pansement, après quoi il se rendit en voiture à son domicile. A la pharmacie, il ne manifesta rien d'anormal ; il avait toute sa lucidité, et il avait raconté les détails de l'accident qui lui était survenu.

Par contre, lorsque je l'ai vu, presque une heure après l'accident, couché dans son lit, aux questions que je lui posais, je n'obtenais que des paroles incohérentes ; il ne se rappelait que vaguement de ce qui lui était arrivé, et ne pouvait désigner la pharmacie où on l'avait pansé ; il avait perdu la mémoire de certains mots, qu'il était ennuyé de ne pouvoir prononcer ; par moment il portait la main du côté gauche de la tête, et se plaignait parfois de fortes douleurs, au niveau de la plaie. Pendant que je me trouvais encore près de lui, il vomit tout ce qu'il avait mangé ; il a d'ailleurs continué à vomir jusqu'au lendemain matin, 9 heures. Je fis appliquer une vessie à glace sur le côté gauche de la tête, prescrivis le repos absolu sous la surveillance d'une garde-malade. Je l'ai revu le soir même vers 7 heures ; température 37°³, pouls 92. Je lui fis d'abord une injection de sérum antitétanique ; vu que son pansement était imbibé de suintement sanguin, et voulant me rendre compte de l'état de la plaie traumatique, j'ai enlevé le pansement et j'ai constaté ce qui suit : la plaie siégeait à la partie postérieure du pariétal gauche, longue de trois centimètres à peine, une plaie à bords déchiquetés, plaie contuse, intéressant toute l'épaisseur du cuir chevelu, sans que je puisse constater extérieurement une fracture de l'os. J'ai fait une toilette soignée de la plaie, j'ai badigeonné à la teinture d'iode l'intérieur et le pourtour de la plaie, et appliqué un pansement aseptique. Le malade ensuite a voulu uriner ; il a émis 200 grammes d'urine en une fois.

La première nuit après l'accident ne fut pas très calme, au contraire; le malade se plaignait toujours de céphalalgie du côté gauche; il était plutôt agité; le sommeil était interrompu tantôt par la douleur, tantôt parce que le malade se plaignait de la présence de la vessie-glace que l'on renouvelait; tantôt il vomissait, même l'eau de Vittel glacée. Le lendemain matin 8 Août, température 37°2, pouls 80; même état d'amnésie verbale, même incohérence de paroles; les pupilles réagissant assez bien, mais plus faiblement du côté droit.

L'après-midi du 8 Août, la céphalée était plus violente, le malade plus agité et refusait absolument l'application de glace. Le soir même eut lieu une première consultation; température 37°6, pouls 66. Après examen du malade et délibération, nous avons déclaré à la famille que le cas était sérieux, même grave; qu'un épanchement sanguin intracrânien s'était produit qui amenait une compression cérébrale donnant lieu aux phénomènes observés; que l'on devait surveiller de près le malade, en expectation armée, quitte à intervenir à la première alerte, si d'autres symptômes venaient à se surajouter et compliquer la situation.

En attendant, application de vessie à glace en permanence.

Le 9 Août au matin, température 37°2; le soir, 37°4.

Vu la persistance des symptômes relatés plus haut, je fis appeler le Dr. Conos, qui confirma notre manière de voir: qu'il s'agissait bien d'épanchement sanguin intracrânien, donnant lieu à des phénomènes de compression cérébrale; séance tenante, une ponction lombaire fut pratiquée, comme moyen de thérapeutique et élément de diagnostic: le liquide céphalo-rachidien jaillit en jet sous forte pression, teinté de rouge clair. Ci-jointe l'analyse du liquide céphalo-rachidien, au point de vue cytologique, faite par le Dr. Asséo. Le 10 Août, température 36°5 le matin, 36°8 le soir; pouls 66.

Le 11 Août au matin, 36°5, pouls 66. Le malade paraissait plutôt calme et avait passé toute la journée à dormir, refusant toute ingestion d'aliment liquide, lait, laitage. A l'agitation des premiers jours avait succédé la somnolence, la torpeur, ce qui ne me disait rien de bon; et le lendemain, 12 Août, appelé d'urgence à 6 heures du matin, j'ai trouvé le malade dans un état comateux: le malade avait perdu connaissance, ne répondant plus à mon appel; j'ai constaté le pouls à 64, une légère ptose de la paupière supérieure droite, hémianesthésie, hémiparésie (hypotonie) du côté droit du corps, les réflexes tendineux atténués de ce même côté. J'ai avisé la famille que l'état du malade s'était aggravé, qu'il fallait prendre

une décision et opérer le malade le plus tôt possible. A 7 h. $\frac{1}{2}$, une consultation eut lieu avec les Docteurs Prof. Feliziani et Barbouth, qui ont confirmé les points suivants :

Diagnostic : Hématome intracrânien ayant pris un développement important, sérieux, menaçant.

Traitement : Trépanation d'urgence.

Pronostic : réservé.

Le malade fut transporté à la Clinique de Constantinople où il fut opéré par le Dr. Barbouth, assisté par moi et Mlle Scallieri. Toute la chevelure rasée, badigeonnage à la teinture d'iode et frottement à l'alcool ; un tube épais en caoutchouc fut enroulé autour du crâne pour faciliter l'hémostase. Incision classique courbe, en avant de la plaie traumatique, à la région pariéto-temporale gauche, après hémostase en repérant les vaisseaux du cuir chevelu qui donnaient du sang ; on constata de suite la fracture radiée tout le long du pariétal gauche, bien en avant de la plaie traumatique passant par le temporal gauche et se prolongeant vers la base du crâne. Une couronne de trépan fut appliquée à la partie supérieure (vers la ligne médiane) et avec la pince coupante spéciale l'os pariétal fut coupé et un copeau de l'os fut réséqué sur une longueur de 5 centimètres et une largeur de 2 $\frac{1}{2}$ cent. ; une fois enlevé, on tombe sur l'hématome, assez étendu : gros caillots noirs, épais, adhérents à la dure-mère, qui furent enlevés à la curette et avec frottement à la gaze ; ayant constaté les pulsations cérébrales régulières qui soulevaient la dure-mère intacte, nous avons conclu qu'il n'y avait rien sous les méninges et que l'hématome était extradural. Après hémostase, on a avivé les bords déchiquetés de la plaie traumatique, un drain filiforme (composé d'un faisceau de catgut) fut placé ; la plaie opératoire fut suturée et un pansement aseptique, légèrement compressif, fut appliqué.

Quelques instants, une demi-heure après l'opération, le malade prononçait déjà quelques mots ; pouls 120. Injection d'huile camphrée, sérum physiologique. Le soir à 6 heures, température 38°, pouls 120. Le malade paraissait plus dégagé ; il reconnaissait les personnes de son entourage ; il s'étonnait et nous demandait où il se trouvait, comment et pourquoi on l'avait transporté à l'hôpital.

(à suivre)

MORTALITÉ DE LA VILLE DE CONSTANTINOPLE

du 30 Décembre 1923 au 26 Janvier 1924

Causes des Décès

	Décès
Peste	—
Typhus exanthématique	—
Fièvre Typhoïde (Typhus abdominal).	3
Dysenterie.	6
Variole	—
Rougeole	5
Scarlatine.	12
Diphthérie et croup	7
Coqueluche	2
Erysipèle	2
Grippe.	6
Paludisme.	10
Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerp.)	1
Encéphalite léthargique	—
Autres affections contagieuses non spécifiées	2
Tuberculose (poumons, méninges, etc. etc.)	200
Méningite cérébro-spinale épidémique	—
Syphilis	5
Affections du cerveau	66
Autres affections du système nerveux non spécifiées	23
Maladies du cœur et de l'appareil respiratoire.	191
Pneumonie et autres affections de l'appareil respir. non spéc.	254
Maladies de l'appareil digestif	67
Gastro-entérite des enfants	19
Affections des reins et voies urinaires.	55
Affections des organes génitaux	—
Affections du foie, pancréas et de la rate	7
Maladies communes non spécifiées	71
Maladies constitutionnelles non spécifiées	—
Maladies chirurgicales	6
Maladies congénitales et vices de conformation	97
Morts-nés	66
Sénilité	81
Tumeurs malignes	28
Morts violentes (suicide excepté)	15
Suicide	7
Accident d'accouchement	5
Total.	1319

DERNIÈRES PUBLICATIONS MÉDICALES

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27, Rue de l'École-de-Médecine, 27-PARIS

1) **Un Danger Social: La Constipation**, par le Docteur L. Chauvois, Ancien Interne Pr, Lauréat de la Faculté et des Hôpitaux de Paris. In 8°, 1923, 128 pages, 17 figures. 5 Francs.
(Ouvrage reçu à la Bibliothèque des «Pages Médicales»).

2) **Les Désanglés du Ventre**. Maladies par relâchement des parois et organes abdominaux. In 8°, 1923, 103 figures, 7 planches, 167 pages: 8 Frs.

GASTON OGIN, ÉDITEUR

8, Place de l'Odéon, PARIS (VI*)

Précis d'électrophysiologie. — *Déductions cliniques et thérapeutiques*, par le Dr. Wignal. Préface du Prof. Chauffard. 1 vol. in-16 de 172 pages 6 Fr. Franco France . . 6 Fr. 60.

(Ouvrage reçu à la Bibliothèque des «Pages Médicales»).

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

120, Boulevard Saint-Germain, 120 — PARIS — VI* Arr.

Précis de Physiologie microbienne par le Dr. Maurice Arthus, correspondant national de l'Académie de médecine, Professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lausanne. 1921, 1 vol. in-8 de 407 pages. Broché, 17 Fr.; . . . cartonné 19 Fr.

De l'Anaphylaxie à l'Immunité, *Anaphylaxie. Protéotoxies, Envenimations, Anaphylaxie-Immunité, Sérums antivenimeux*, par le Dr. Maurice Arthus, correspondant national de l'Académie de médecine, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lausanne. 1921. 1 vol. in-8 de 361 pg. 20 Francs.

Abrégé d'Histologie, 3^e Édition. 20 *Leçons avec Notions de Technique*, par les Dr. H. Bulliard, préparateur d'histologie à la Faculté de Paris, et Ch. Champy, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 3^e édition. 1922, 1 vol in 8° de VIII-356 pages avec 207 figures et 6 planches en couleurs, . . 15 Frs.

Manuel d'Embryologie. Par le Dr Clristian Champy, professeur agrégé

à la Faculté de médecine de Paris. 1921 1 vol. in-8° de 228 pages avec figures originales et 6 planches en couleurs. 12 Francs.

Éléments de Physiologie humaine, 7^e Édition, par les Drs Léon Frédéricq et J.-P. Nuel, professeurs à l'Université de Liège. 7^e édition, 1921, 1 vol. in-8° de 624 pages avec 241 figures. 45 Francs.

Manuel d'Anatomie humaine, 2^e Édition, par le Dr Georges Gérard, professeur à la Faculté de médecine de Lille. 2^e édition. 1921, 1 vol. gr. in-8° de 1275 pages, avec 1025 figures et 4 planches en couleurs. . . . 75 Frs.

Éléments d'Anatomie et de Physiologie médicales, 2^e Édition, par les Drs. L. Landouzy, Léon Bernard. 2^e édition publiée sous la direction de Léon Bernard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, par MM. Léon Bernard, Gougerot, Halbron, S.I. de Jong, Laederich, Lortat-Jacob, Salomon, Sézary, Vitry. 1921, 1 vol. in-8° de 867 pages avec 337 figures et 4 planches en couleurs, 50 Fr.

۶- خسته برایکی کوندنبری قولاغنك دروننده نبض کبی وورور شدتلی آغریلر حس ایدیور، اویقومی قاجدی. آز چوق رفیع حرارت وار. آغری نه قولاغنك چکمه سیله ونه ده tragus اوزرینه تضییق ایتمه سیله کسب شدت ایدر فقط نتو صدغی اوزرینه باصارسه ق یکی بر سانبجی میدانه چیقاریرز . منظرله باقه جق اولورسه ك طبل قرمزی وبلکی ده شیشمش کوزو کور. خسته من حاد و قیجی بر التهاب اذن متوسط بدایتنده در. طبل paracentése ی اجرا ایدم بیلیمزه ك خسته یی متخصص بر آرقاداشمزه کوندرمك وظیفه من در.

۷- خسته نك قولاغندن بر قاج کوندنبری ویاخود آبار وسنه لردنبری جراحات آق دینی حالده آغری یوقدی و فقط بر ایکی کوندنبری شدتلی قولاق آغریلری، باش آغریسی، باش دوئمهی، رفیع حرارت کبی یکی علامم میدانه کلدی و احتمال که قولاق آغره سی آزالدی ویاخود توقف ایتدی - دقت ایتلیز - بیوک اختلاطانك اوکنده بولنیورز، چونکه بویه بر خسته نك التهابت سحابه کبی بر اختلاطدن بوکون یارین ثولمی محتملدر. اونی انجق بیوک بر عملیات تخلیص ایدر. ایسته قولاق آغریلری حقیقده بالاده کی مطالعاتمك متخصص اولمایان آرقاداشمزه بر درجه یه قدر فائده لی اوله جنی ظنیله عرضه شایان کوردک.

پارس پاستور مؤسسه می

تداوی بالمصل شعبه سنده مستحضر

سروم و آشی

مدت تأثیری کفالت تخمنده در

یکانه ده پوزیتری: رانه بر غلطه



اولا شوراسنی بیاملییز که بعض قولا ق اغریاری بالذات قولاقدن دکل، قولاغک هم جوار ناحیه لرینک برندن منبعث اولوب قولاغه عکس و تشع ایدر ننه کیم :

۱- نحره السن شدتلی قولاق آغریسی و یره بیلیر و بو نحره ثات کناری آلتنده ستر ایدلش جزئی بر سیاه نقطه دن عبارت اوله بیلدیکی ایچون اونق دقتله آرامق ایجاب ایدر .

۲- لسان، لوزه، بلعوم، حنجره التهاب حراج و قره لری اکثریا قولاق آغریلری تولد ایدر و بناء علیه بو ناحیه لک دقتله معاینه لری الزمدر .

۳- عصب قفوی کبیر و صغیر الماری قولاق دروننده و یاخود نتوء صدغیده عکس ایده بیلیر و آغیر بر قولاق خسته لنی و بونک اختلاطاتی و بناء علیه بیوک بر عملیاتک اندیقاسیونتی خاطر مزه کتیره بیلیر، حال بوکه بو ایکی عصابک و جعناک نقطه لری اوزرینه پارمغزله تضییق ایدرسه ک شبه یی اورته دن دفع ایدرز و بر قاج تابت آپیرین واسطه سیله خسته المدن قورتولور .

۴- بعض قولاق دروننده حس اولنان آغریلر طبل شعبه عصیبه سی المندن ایلری کلیر. طبلده التهاب یوق، سانجی نوبت حالنده کلیرکچر و بر قاج تابت پیرامیدون و فناسه تین تأثیری آلتنده زائل اولور .

بلاده کی درت نقطه یی بر طرف ایددیکن صوکره قولاق التهاب لرینی دوشونغلیز .

۵- اذن خارجینک جدارنده بر دمل شدتلی آغریلر و یریر، اویقوی قاجیریر، قولاغی یوقاری و آرقیه طوغری چکوب و یاخود حلیم (tragus) اوزرینه پارمغزله تضییق ایده رک شدتلی بر سانجی او یاندر برسه ک همان همان قلعی بر صورتده دیه بیلیرکه اذن خارجیده بر دمل تشکل ایدیور. آینه و منظره استعمال ایدرسه ک کوره جکز که اذن خارجی جدار لرینک برینده محدود بر قرمزباق و بر شیش موجوددر و بونی منظرک کنار یله خفیفجه تضییق ایده جک اولورسه ک صوک درجه شدتلی بر آغری او یاندر یرز. اوکزده محقق بر دمل موجوددر .

استانبول پاڙ مهديقاللری

علوم طبیه و اجزائیه شهری مجموعه سی

منزومات

معیفه

قولاڭ آغریلری - زهره میا خسته خانه سی و سن به نوآ دیسپانسی طبیی دو قور قوولیس ۲۴

قولاڭ آغریلری

زهره میا خسته خانه سی و سن به نوآ دیسپانسی
طیب متخصمی دو قور قوولیس

اطبانك ا کثریسی قولاڭ آغریلرندن مشتکی برخسته به تصادف ایتدکری
وقته در حال قولاڭ درونه بر قاج دامله صیجاق غلیسرین فنیکه داولا تمق
توصیه ایدرلر.

بو علاج هر نه قدر قیمتمدار بر واسطه تشکیل ایدر سه ده بعض وقعه لرده
فائده سز اولدیغی کبی دیگر بعضلرنده ده مضر در، مثلا: اذن خارجینک اکزوما
سندده غلیسرین فنیکه محریش ایدر، اکزوما عاولتیر، اذن متوسطک بر التهاب
قیحیسی بدایتنده غلیسرین فنیکه آغریلری بدرجه به قدر تسکین ایدر سه ده التهاب
اوکی آله ماز و بو علاج جلدک انسه افاتنه برلشه رک بعض رسوبات تشکیل ایدر که
بو رسوبات طابک علائم مرثیسه سی ستر و کتم ایدر و حال بو که طیب متخصص
انجق بو علائم سایه سندده تشخیصی و مداخله سی تعیین ایدر بیله جکدی.

اعلان - استانبول پاڙ مهديقاللری، مجموعه سی تحریر آ طلب ایدن

اطبا افندیلره مجاناً کوندر بیله جکدر.

PHYTINE CIBA

فیتین

بودری

فیتین

فوسفورلی اعلاجلرك اك قوتایسیدر. چونکه نباتی الاصلدر
فوسفور - کالسیئوم - مانگنزیوم

بودری			
قاشه	۰,۵۰	یومیه یکی دانه	
قوپریمه	۰,۲۵	« درت دانه	
غرانوله		« ایکی قهوه قاشیقی	
لیکید		کونده ۴۰ دامله ایکی دفعه ده	

بش شکل

Phytine

EN 5 FORMES

poudre dose à indiquer par le médecin
cachets à 0.50 2 par jour
comprimés » 0.25 4 » »
granulés 2 cuillères à café
liquide 40 gouttes par jour en deux fois

LABORATOIRES CIBA

استانبول

پاتر مدد یقاللری

علوم طبیه و اجزایه شهرى مجموعه سی

مدیریت : ژان برره مدیر و مسؤلی

غلطه ده و یووده خاندنه نومرو ۱ — تلفون : بک اوغلی ۲۵۲۴



شرق مرکز امرا نجرانخانه سی

اجزای طبیه، کیمیویه و عطریات ده بوسی

طوبدن و پراکنده صائیش

مرکز اداره سی : سرکه چیده خوراسانجیان خاندنه

ده بوسی : آنقره خانى. خوراسانجیان خانى و باب عالی جاده سنده

شعبه لری :

سرکه چیده آنقره خاندنه بک اوغلنده تونل انصالنده نومرو ۶

استانبولده باغچه قبوده نومرو ۷ « جاده کیرده » ۲۲۳/۵

غلطه ده کوپری باشندده « ۵ قاضی کوپنده مونته خانه جاده سنده » ۲۴

دوقنور و اجزای بکاره رقابت قبول ایتیه جک صورتده

خصوصی فیاتلر یالیشدر .

Pages Médicales

de Constantinople

REVUE MENSUELLE : des Sciences Médicales & Pharmacologiques

Administration : J. BERT, Directeur-Administrateur

Voivoda Han, No. 1 - Galata — Téléphone : Péra 2524

Droguerie Centrale d'Orient

EN GROS

ARTICLES D'HYGIÈNE
DROGUERIE

Spécialités Pharmaceutiques

Articles choisis et authentiques des meilleures marques

SIÈGE SOCIAL : Stamboul-Sirkédji — Khorassandjian Han.
Téléphone. Stamboul 52

DÉPOTS : Angora Han — Khorassandjian Han & Babali

SUCCURSALES

Stamboul, Angora Han, Sirkédji

Stamboul, Bagtché Capou 7

Galata, Place du Pont 5

Péra, Place du Tunnel, 5

Péra, Grande Rue 223-5

Smyrne, Rue Franque 77

Kadikeuy, Rue Mouvakathané No. 29

Maison d'Achats à Paris

Imp. Française L. MOURKIDES



EN DÉTAIL

ARTICLES DE TOILETTE
PARFUMERIE

Produits de Beauté



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE



PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine
résolu le problème de la Médication
phosphorée

Trois Formes :
Cachets : à 0 gr. 50 : 2 par jour.
Comprimés : à 0 gr. 25 : 4 " "
Granulé : 2 cuillères à café " "

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND - LYON

LABORATOIRE NATIVELLE

49, BOULEVARD DE PORT-ROYAL — PARIS

SOLUBAÏNE

SOLUTION DOUBAÏNE ARNAUD AU MILLIÈME

L'OUABAÏNE ARNAUD

est indiquée dans tous les cas d'insuffisance
du myocarde.

Insuffisance du cœur gauche ;
Insuffisance ventriculaire droite ;
Arythmies et Tachycardies.

DOSES :

Petites doses prolongées X à XX gouttes.
Doses moyennes XXV à I. gouttes.
Doses massives L à CL gouttes.

**CARDIOTONIQUE
ÉNERGIQUE**

**ACTION
CONSTANTE
ET SURE**

**DIURÉTIQUE
PUISSANT**

**MOINS TOXIQUE
QUE LES
STROPHANTINES**

DOSAGE RIGOREUX

PAGES MÉDICALES DE CONSTANTINOPLE

REVUE MENSUELLE MÉDICALE & PHARMACOLOGIQUE

SOMMAIRE

Revue des Sociétés	Pages
Communication du Dr. Handjian	275
Communication du Dr. Velidjanidi	280
Mortalité de la ville de Constantinople	282
Dernières Publications Médicales	289
	290

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE

Séance du 7 Décembre 1923

*Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président**Présentations*

M. ALEXIADIS présente un enfant de dix ans aux pupilles latérales et cristallins posés dans le sens opposé : Corectopie double. (Voir plus loin).

M. CHILADITI présente :

a) un homme ayant un cancer de la langue qui, après un traitement au radium et aux Rayons X, fait une forte réaction, puis s'en va à Vienne se faire opérer. Les pièces enlevées au bistouri furent examinées histologiquement et comme le montre le rapport qui est entre les mains du malade, les cellules cancéreuses ont été remplacées par du tissu fibreux grâce au premier traitement. Ce malade ayant fait une récurrence se trouve de nouveau sous traite-

NOTA. — Le service des « Pages Médicales de Constantinople » sera fait gratuitement à tout docteur qui en fera la demande.

ment chez M. Chilaïditi, qui n'espère pas beaucoup avoir cette fois-ci de très bons résultats.

b) il présente une femme de 86 ans ayant un cancer du sein droit, exulcéré, bourgeonnant, guéri cliniquement depuis six ans; quoique gros comme une orange et accompagné des ganglions axillaires et sous-claviculaires.

c) une vieille femme ayant un cancer de l'utérus, guérie depuis 4 ans et enfin d) une femme émigrée, ayant un cancer exulcéré du sein, sous traitement depuis dix jours et ayant déjà beaucoup profité.

M. BURHANEDDINE présente une portion d'estomac enlevée au bistouri et portant un ulcère rond de 2 cm. \times 2,5 cm. sur la petite courbure de l'estomac.

M. OSMAN CHEREFEDDINE attire l'attention de ses confrères sur l'apparition de quelques cas de peste en notre ville et raconte l'histoire d'un malade qui entra à l'hôpital Gouraba avec des symptômes bronchopneumoniques et mourut 12 heures après. L'autopsie pratiquée par son assistant sans aucun soupçon de peste et les travaux bactériologiques qui ont suivi ont nettement démontré qu'il s'agissait là d'un cas de peste pneumonique terminé par la septicémie. L'assistant ayant été blessé pendant l'autopsie et le personnel qui est venu en contact direct avec le malade, avant et après sa mort, furent traités par le sérum antipesteux, et depuis 13 jours ils sont indemnes.

Lecture est donnée du procès-verbal du 30 Novembre, qui est adopté.

A propos de ce procès-verbal:

M. OSMAN CHEREFEDDINE dit avoir beaucoup travaillé pour saisir les amibes en train de passer de l'intestin au foie; il dit avoir vu des amibes sur des coupes des ramifications de la veine porte, de même que dans les ganglions mésentériques; il ne s'étonne pas qu'elles puissent de là passer au rein et à la vessie. M. Osman Cherefeddine a vu des pleurésies, des appendicites, voire même des péricardites amibiennes, et les auteurs citent des cas d'abcès du cerveau et de la peau, dus à des amibes.

M. VELIDJANIDI, à propos du même malade à la prétendue amibiase urinaire, dit le connaître et avoir diagnostiqué chez lui au cystoscope un cancer de la vessie. Il n'existe dans la littérature aucun cas d'amibiase urinaire.

M. ZENOPE dit que la présence d'un tel microbe dans les urines ne constituant pas fatalement une telle infection des voies urinaires, la présence des amibes dans les urines ne peut être nécessairement considérée comme une amibiase urinaire.

M. ORHAN TAHSIN ajoute que l'effet de l'émétine sur l'hémorrhagie ne prouve pas la nature amibiasique de l'affection.

M. OSMAN CHEREFEDDINE dit qu'il est parfois très difficile de trouver des amibes et que l'on doit en ce cas recourir à la biopsie des ulcères du gros intestin, après rectoscopie.

M. ALALOU (en réponse) est d'avis qu'il s'agit là d'une amibiase urinaire et tend à penser que les ulcérations vues par M. Velidjanidi dans la vessie sont dues à des amibes. Le traitement a commencé depuis une semaine seulement et est poursuivi.

La séance est levée.

Séance du 14 Décembre 1923

Présidence du Dr. AZIZ FIKRET, Secrétaire Général

Présentations :

M. KÉNAN TEVFIK présente une pièce anatomique concernant un chorio-épipithéliome de l'utérus qu'il a retiré par hystérectomie abdominale. Deux mois auparavant, il avait fait un curettage de la matrice chez cette femme, ayant cru avoir affaire à une simple rétention du placenta. Il a été fort difficile de poser un diagnostic catégorique. Il pratiqua l'hystérectomie abdominale sans drainage, d'après ce qu'il a vu pratiquer en Allemagne lors de son dernier voyage.

M. BARBOUTH présente son petit malade au Sodoku dont il a parlé dans l'avant-dernière séance et qui vient d'avoir une nouvelle crise avec fièvre, 38°5, 39°, engorgement ganglionnaire et éruption. On voit aujourd'hui encore l'engorgement sous l'aisselle et un élément d'éruption au dos. La fièvre étant tombée, il ne croit pas que l'examen du sang puisse déceler les spirilles, prétendu agent pathogène du Sodoku.

Discussion

M. YAHOUB complimente M. Kénan Tevfik pour le résultat

obtenu, mais se demande pourquoi l'hystérectomie ne fut pas pratiquée plus tôt.

M. BURHANEDDINE demande pourquoi on n'avait pas fait une biopsie lors du curettage.

M. BARBOUTH et AZIZ FIKRET sont d'avis que le diagnostic dans ces cas est excessivement difficile.

M. KÉNaN TEVFIK, en réponse. — Une biopsie était vraiment indiquée lors du curettage, mais les parties enlevées étaient à tel point pourries qu'il n'y avait pas moyen d'avoir une prise sur elles. Pour le diagnostic, il avoue avoir eu beaucoup de difficultés à l'établir entre une rétention placentaire, une molle hydaliforme et une malignité.

M. E. VELIDJANIDI fait une communication sur « un cas de fistules multiples uréthro-périnéo-scrotales dues à une tuberculose locale de l'urètre et guéries par la dérivation sus-pubienne des urines et l'héliothérapie. (Voir plus loin).

Discussion

M. ABIMELEH dit que généralement les bacilles de Koch se trouvent très difficilement dans ces sécrétions de fistules urinaires et en tout petit nombre ; il s'étonne par conséquent que le bactériologue qui a examiné le cas de M. Velidjanidi ait pu trouver ces bacilles en masse.

M. ALALOU se demande s'il ne s'agirait pas là des bacilles acido-résistants, et ce serait sûrement le cas si on s'est contenté d'un examen direct sans procéder à des cultures et à des inoculations aux cobayes.

M. YAHOUB adresse ses félicitations au docteur Velidjanidis pour son observation très détaillée et très minutieuse, qui dénote que son auteur est un élève du Professeur Legueu. Il trouve les résultats d'une intervention aussi bénigne plus que satisfaisants pour les malheureux fistuleux qui entraînaient leur triste existence pendant des années.

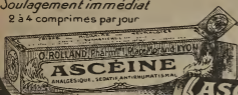
M. BURHANEDDINE est d'avis qu'il pourrait y avoir une lésion tuberculeuse des reins.

M. AZIZ FIKRET félicite également M. Velidjanidi pour son observation et les résultats obtenus.

**NÉURALGIES
MIGRAINE, GRIPPE
SCIATIQUE, RHUMATISMES**
et toutes pyrexies

**ANTIRHUMATISMAL
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF**

*Soulagement immédiat
2 à 4 comprimés par jour*



Fabricant:
**Laboratoires
O. ROLLAND
LYON - FRANCE**

ASCÉINE

(Acétyl-phenétidine Acétyl-salicylique)
Caféine



L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation
d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour pulvérisations et instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc.

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc.

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas --- PARIS (IX°)

HORMONE ET HARMOZONE OVARIENNES A ACTION ANTAGONISTE

AGOMENSINE

Αγογος, qui amène: *Εμμηνα*, menstrues

ACTIVE ET SOLLICITE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES
3 à 9 Comprimés par 24 Heures

LABORATOIRES CIBA - O.ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON



SISTOMENSINE

Sistere, arrêter; *Mensis*, mois

MODÈRE ET RÉGULARISE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES
3 à 6 Comprimés par 24 Heures

LABORATOIRES CIBA - O.ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON

CACHETS

PHYTINE CIBA

GRANULÉS

MEDICATION PHOSPHO - CALCIQUE ET MAGNÉSIIENNE

M. VELIDJANIDI, en réponse. — Pour ce qui est de l'examen bactériologique, il n'a rien à dire, ayant pleine confiance en la compétence du Dr. Warsamy qui a pratiqué l'examen de son cas. Il exclut complètement l'hypothèse d'une tuberculose du rein, car dans ce cas il y aurait *a*) pollakiurie nocturne; *b*) brûlure à la fin de la miction; *c*) urine trouble, symptomatologie bien mise en relief par son maître M. le Professeur Legueu.

Séance du 21 Décembre 1923

Présidence du Dr. AZIZ FIKRET, Secrétaire Général

Présentations :

M. CHILADITI présente une jeune fille, présentée déjà pour un ostéo-sarcome de l'omoplate de la grosseur d'une orange. Traitée aux Rayons X, cette tumeur disparut laissant à sa place une légère induration. La guérison se maintient depuis 1 $\frac{1}{2}$ an. Présentation des plaques radiographiques prises avant, pendant et après le traitement.

M. MALKASS présente deux aiguilles retirées de l'estomac d'une femme opérée pour ulcère rond constaté à la radioscopie. L'une des aiguilles avait traversé la paroi stomacale, tandis que l'autre se trouvait implantée sur la muqueuse et autour d'elle s'est formé l'ulcère.

A propos de ces cas :

M. BURHANEDDINE dit que les ostéo-sarcomes sont excessivement radiorésistants; il ne pense donc pas que le cas de M. Chiladiti en soit un. Ne serait-il pas un tuberculome ou une formation kystique, et la réaction de Wassermann fut-elle faite ou non?

M. CHILADITI (en réponse) dit que son expérience de 20 ans lui permet d'insister sur son diagnostic de sarcome et le Wassermann a été négatif.

M. BURHANEDDINE se demande pourquoi à la radioscopie on n'a pas noté les deux aiguilles du cas de M. Malkass.

M. ZACARIAN (en réponse). — Le repas opaque empêche de voir un corps opaque se trouvant dans l'estomac. Les aiguilles lui échappèrent parce qu'il ne les a pas cherchées.

M. CHILAUDITI.— Pour voir aux Rayons X des aiguilles dans le ventre, il faut des procédés et des diaphragmes spéciaux.

Lecture est donnée du procès-verbal du 14 Décembre qui est adopté.

A propos de ce procès-verbal :

M. ALALOU, par rapport à son malade à l'amibiase, dit que les urines ne contiennent plus d'amibes.

M. VELIDJANIDIS insiste en disant que ce qu'il a vu chez ce malade ne pouvait être autre chose qu'une tumeur.

Puis,

M. CONOS lit sa communication sur « *Un cas d'encéphalite léthargique* ».

A propos de ce cas, M. Abimeleh fait observer qu'un Wassermann négatif ne peut exclure la syphilis.

La séance est levée.

Séance du 28 Décembre 1923

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président.

La séance est consacrée à la discussion des questions d'ordre intérieur et administratif.

Communication faite le 26 Octobre 1923 par M. le Dr. HANDJIAN

Hématome extra-durale traumatique

Trépanation - Guérison

(Suite et fin)

Les phénomènes de compression cérébrale étant supprimés, les mouvements et la sensibilité des membres du côté droit du corps et de la paupière avaient repris leur fonctionnement normal. C'était une véritable résurrection. Le 13 Août au matin : température 37°5, pouls 92 ; le soir, température 37°5, pouls 96. Le pansement étant souillé et le malade accusant un état somnolent, il fut pansé, ce qui l'a dégagé.

Le 14 Août, rien d'anormal.

Le 15 Août dans l'après-midi, le Dr. Barbouth et moi avons été appelés d'urgence par téléphone parce que le malade avait de

nouveau une somnolence qui persistait. Séance tenante, nous avons conclu qu'il y avait une hypertension ; on lui fit de suite une ponction lombaire, qui dénota une tension assez forte, et pour plus de sûreté, on enleva un point de suture de la plaie pour y mettre un petit tube à drainage. Les suites furent bonnes ; le soir même, le malade s'est senti bien, la contusion avait complètement cédé et 4 jours après, le 22 Août, il a quitté l'hôpital, n'ayant comme reste de l'intervention que l'orifice du drainage, tous les symptômes périphériques et cérébraux étant disparus. Depuis lors, il se porte à merveille et il vague à ses affaires comme par le passé. La conclusion à tirer de l'histoire de notre malade est claire : c'est un beau cas classique de compression cérébrale par un épanchement sanguin intracrânien, produisant tous les phénomènes cérébraux, moteurs et sensoriels, suivant que telle ou telle circonvolution était touchée. Dans ce cas particulier, la trépanation décompressive a fait merveille, et a sauvé le malade d'une mort certaine. Je dois noter que l'opération fut pratiquée brillamment par notre ami Barbouth. Un autre point capital, au point de vue de la pratique médicale, c'est qu'il ne faut pas se fier sur la bénignité apparente de la plaie traumatique et en conclure que cela n'est rien, ne présente pas de gravité, etc. Dans notre cas, nous voyons qu'à côté d'une plaie banale, contuse, il y a, à quelques centimètres de distance, une fracture de deux os : pariétale, temporale, allant vers la base, donnant lieu à un épanchement sanguin considérable, mettant en danger la vie du blessé.

Avant de terminer, je désire vous relater trois autres cas : Dans le premier, il s'agit d'un homme qui fut projeté à terre d'un cabriolet qu'il conduisait lui-même ; il a eu une *fracture de la base du crâne*, avec hémorrhagie nasale et auriculaire, perte complète de connaissance, état comateux, etc. Malgré tous ces symptômes alarmants, il fut guéri spontanément sans intervention au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille qui s'est jetée hors d'une voiture pour éviter un grand danger ; sa chute sur la tête donna naissance à une énorme bosse sérosanguine sous le cuir chevelu (extracrânienne) temporo-pariétale gauche ; la malade se plaignait d'atroces douleurs à la tête et vomissait. Une simple application de vessie à glace suffit pour la guérir.

Enfin, Messieurs, je me rappelle un cas que j'ai eu à traiter à l'hôpital municipal d'Andrinople, il y a 23 ans : celui d'un jeune homme qui fut frappé violemment à la tête avec une barre de fer ;

on le transporta à l'hôpital où je l'examinai : il ne présentait qu'une plaie insignifiante, contuse à la région temporale et sourcilière du côté droit, et comme signes, des phénomènes de commotion cérébrale, que l'application de glace fit disparaître après 24 heures. Au bout d'une semaine de repos au lit, il commençait déjà à prendre de la nourriture et à se lever ; sans cause apparente, étant debout, il tombe à terre ; on le relève et lorsque je le vois, il est dans le coma et meurt quelque temps après.

Conclusion : il ne faut jamais se fier aux apparences des plaies traumatiques du crâne ; à ce point de vue, le cas du malade qui a fait l'objet de notre relation de ce soir, méritait de vous être rapporté.

Communication faite le 14 Décembre 1923

par M. le Dr. VELIDJANIDI

ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris

**Un cas de fistules multiples uréthro-périnéo-scrotales consécutives
à des lésions tuberculeuses de l'urètre traitées par la
dérivation hypogastrique des urines
et l'héliothérapie**

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous présenter ce malade qui est venu nous consulter à l'hôpital Géréma en Janvier dernier. Il était atteint de fistules multiples uréthro-périnéo-scrotales dont vous pouvez voir les cicatrices. Actuellement toutes sont fermées et cela depuis le mois de Juillet.

Je vous rapporte son observation avec quelques réflexions sur la pathogénie de l'affection, son évolution et son traitement.

C'est en Janvier dernier que Carlo A. est venu nous voir. Son état était lamentable. Courbé en deux et ne pouvant marcher ni s'asseoir facilement, il exhalait une odeur ammoniacale fort désagréable. Gémissant continuellement, il se plaignait de douleurs dans la région lombaire, l'hypogastre et le périnée, surtout pendant les mictions. Celles-ci très fréquentes et difficiles se faisaient par un grand nombre de fistules qui s'étaient ouvertes au périnée et au scrotum. Cet état durait depuis dix ans environ.

A l'examen, nous constatons que toute la région périnéo-scrotales est tuméfiée, comme éléphantiasique. La peau est excoriée, rongée par l'urine et criblée de fistules uropurulentes. Nous en comptons une dizaine ainsi situées : la plus large à la racine de la

cuisse gauche. Deux un peu plus bas au périnée à gauche de l'anus. Une quatrième vers le scrotum à droite. Une cinquième à la racine de la cuisse droite. Quelques autres sur le scrotum et le périnée antérieur. Deux petites s'ouvrent encore derrière l'anus sur le périnée postérieur. Il y a aussi une cicatrice dans la fesse droite ; c'est une ancienne fistule.

Les tissus qui entourent ces fistules sont infiltrés et indurés, présentant par endroits une dureté de bois.

L'exploration des trajets fistuleux nous montre qu'ils sont pour la plupart filiformes, anfractueux et paraissent communiquer entre eux dans la profondeur. Par la fistule à la racine de la cuisse gauche, j'arrive à passer une mince sonde-bougie N° 9 qui, poussée de 8 à 10 cm. entre dans la vessie et évacue une petite quantité d'urine presque claire. Je mesure la capacité vésicale et je la trouve un peu diminuée : 150 c.c.

Par la palpation du scrotum, qui est difficile et pénible à cause de l'infiltration des tissus et des excoriations de la peau, j'arrive à constater que le testicule gauche et son épiddyme sont sains. Je ne réussis pas à palper le testicule droit.

Par le toucher rectal à la place de la saillie normale de la prostate je trouve une dépression lisse. Je ne sens d'induration nulle part. J'essaie de toucher les vésicules séminales : impossible, le malade, souffrant de cette tentative d'exploration, se contracte.

À 4 cm. de son extrémité, sur sa face inférieure, la verge présente une infiltration périurétrale assez grosse et dure. Une autre infiltration au niveau de l'angle péno-scrotal entoure l'urètre sur une étendue plus grande, mais il n'est pas possible de la limiter, parce qu'elle se confond avec les infiltrations scrotales. Le fourreau de la verge n'est pas très mobile. Les corps caverneux présentent sur le dos de la verge une induration grande comme une pièce de 50 cm. et grosse de 2-3 mill. Elle paraît indépendante des infiltrations périurétrales. Le méat est cicatriciel et rétréci avec ses lèvres œdématisées. Il ne présente pas d'écoulement.

Par l'urètre, rien ne passe. La bougie exploratrice filiforme, butte à 4 cm. du méat sur un mur, qui correspond à la première induration périurétrale. Cette exploration montre cette partie de l'urètre pleine de fongosités qui saignent.

Le diagnostic, Messieurs, était facile. Il s'agissait de fistules uréthro-périnéo-scrotales, avec imperméabilité de l'urètre.

Mais quelle était leur nature ? Quelle était l'affection qui a provoqué ces destructions ? Désireux d'éclaircir ces points, nous

demandâmes au malade de nous raconter l'histoire de sa maladie. La voici succinctement : Carlo A. est âgé de 32 ans. Il se rappelle avoir commencé à souffrir à l'âge de 16 ans. C'était alors une sensation de brûlures et d'élançements dans l'urètre pendant les mictions, brûlures et douleurs lancinantes survenues sans cause provocatrice : coup, chute, expulsion de calcul, rapport sexuel, ou bien quelques mois après avoir commencé à se masturber. Il localise actuellement ces brûlures dans l'urètre scrotal. Elles étaient provoquées par le passage de l'urine dans le canal et disparaissaient la miction finie. Les mictions d'ailleurs étaient normales, au nombre de 4-5 par 24 heures avec gros jeu d'émission. Les érections n'étaient pas douloureuses. Quelques mois plus tard, à ce symptôme s'ajouta un écoulement urétral, d'abord insignifiant et incolore, puis plus abondant et maculant le linge. Vers la fin de la première année, les brûlures devinrent plus aiguës et les mictions se terminaient parfois par une ou deux gouttes de sang.

Durant la deuxième année, les brûlures sont plus fortes, les mictions au nombre de 4 à 5 pendant le jour, de 1 pendant la nuit. Pendant la troisième année, les mictions deviennent plus fréquentes, 5 à 8 le jour, 2 à 3 la nuit. Les érections commencent à être douloureuses, les quelques gouttes de sang viennent plus à la fin de la miction. Le jet devient progressivement plus mince et les mictions sont difficiles. Pas d'éjaculations sanguinolentes. Cet état continue encore un an. Le malade se présente à un confrère qui le soigne par des lavages sans arriver à le soulager.

A partir de la 7^{me} année, le tableau se complique. A la suite d'une forte fatigue (au dire du malade) il se forma dans le scrotum, qui jusqu'alors n'avait présenté rien d'anormal à droite, une petite boule indépendante du testicule, douloureuse au toucher. Elle augmenta rapidement de volume et s'ouvrit spontanément vers le 6^{me} jour, donnant issue à du pus sanguinolent en quantité assez abondante. Le malade ne se rappelle pas si cet état était accompagné de fièvre. Il remarqua qu'il venait, par l'orifice de cet abcès, de l'urine pendant les mictions, quelques gouttes les premiers jours, une quantité plus grande égale à celle émise par l'urètre quelques semaines plus tard. En même temps les mictions étaient devenues plus difficiles, surtout pendant les périodes où cette fistule se fermait pour quelques heures. Et il dit avoir souffert énormément le jour où cette fistule, après deux ans d'existence, se ferma pour un temps plus long. Mais alors une autre boule apparaît dans la fesse droite, et s'ouvre bientôt pour former une deuxième fistule urinaire.

Plus tard, une troisième s'ouvre également dans l'aîne gauche, une quatrième dans le scrotum à droite, un peu plus bas que la première.

D'autres dans la suite se formèrent au périnée. Depuis toutes se fermèrent pour quelques jours et se rouvrirent de nouveau à plusieurs reprises. Seule la fistule de la fesse ne s'est pas ouverte depuis deux ans qu'elle se ferma. Le jet par le méat diminuant progressivement devient filiforme et cesse complètement vers la dixième année de la maladie. Depuis 6 ans le malade n'urine que par ses fistules. Il a des mictions fréquentes et parfois de l'incontinence.

Dans ses antécédents, je ne trouve rien à signaler. Pas de syphilis. Pas de blennorrhagie. Pas même de rapports sexuels. Pas de bacil. pulmonaire. Rien du côté de l'appareil digestif.

De cet historique et de notre examen, il nous a été facile, Messieurs, d'établir la pathogénie de l'affection. En effet, que remarquons-nous dans cet exposé ?

1° L'absence de tout antécédent gonococcique. Cela excluait : l'abcès urinaire, l'abcès de la prostate et les rétrécissements de l'urètre de nature blennorrhagique, causes de beaucoup les plus fréquentes des fistules urinaires.

2° L'absence de tout traumatisme, chute, coups, catéthérisme, par conséquent il ne s'agissait pas de fistules dues à des rétrécissements traumatiques de l'urètre.

Puis nous savons que :

3° Les fistules néoplasiques qui ont les mêmes caractères et se confondent fréquemment avec les fistules simples, ont une évolution beaucoup plus rapide — un à deux ans au maximum.

4° Les fistules syphilitiques dues à la suppuration d'une gomme périlbulbaire sont précédées et suivies d'autres manifestations de même nature.

5° Les fistules parasitaires (fistules bilarziennes) ne sont pas connues chez nous ; d'ailleurs, elles ne s'accompagnent jamais de rétrécissement de l'urètre.

6° Ainsi il ne restait comme étiologie plausible que la tuberculose.

En effet, seule la tuberculose peut avoir la symptomatologie que notre malade a présentée, et une évolution aussi lente. Pour

compléter les preuves j'ai prié mon ami le Dr. Warsamy d'examiner les sécrétions des fistules. Cet examen révéla la présence de bacilles de Koch.

Il s'agissait donc de fistules urinaires tuberculeuses.

La pathogénie de l'affection une fois établie, nous avons pensé, Messieurs, à ce que nous pouvions faire pour soulager ce malheureux. Il fallait tarir ses fistules et rétablir le cours normal des urines, guérir si possible sa tuberculose, d'une forme très bénigne il est vrai, puisque seize ans après son début elle restait encore localisée à l'urètre et au périnée.

La suppression de la fonction à un organe malade, et le repos étant les meilleurs moyens de guérison, en particulier dans les cas de tuberculose, j'ai dérivé les urines de mon malade par une cystostomie suspubienne pour les empêcher de traverser les trajets fistuleux et prévenir l'irritation de leur contact continu. Je dois vous signaler entre parenthèses qu'explorant la vessie pendant mon intervention, je constatai son intégrité absolue.

Puis j'engageais mon malade à exposer ses parties au soleil.

Avec le temps et progressivement, sous l'action des rayons solaires, l'irritation de la peau disparut, la suppuration diminua et les fistules se fermèrent l'une après l'autre. Les indurations du scrotum et du périnée diminuèrent d'étendue, le tissu cellulo-graisseux changea de consistance, tout devint plus souple.

Explorant certain jour le scrotum, je pus constater que le testicule droit était sain également. Seul son épiddyme présentait une infiltration qui s'étendait le long du cordon, mais qui paraissait indépendante des indurations des trajets fistuleux.

Je songeai à opérer le rétablissement du cours normal des urines. Je me proposais de reséquer les parties sclérosées de l'urètre et dans un deuxième temps de refaire un nouveau canal par une série de plasties. C'est alors que mon malade me dit que depuis quelques jours il sentait son canal humide.

Je l'explorai et j'arrivai à passer une bougie filiforme dans cet urètre d'où, depuis 6 ans, rien n'était sorti. Je laissai à demeure cette bougie dont l'un des bouts pointait à l'orifice de la cystostomie. Puis, dans des séances successives, je dilatai prudemment et progressivement l'urètre dans lequel je passe aujourd'hui le béniqué N° 50 de la filière Charière.

Il est vrai que le passage de ce béniqué ne se fait pas facilement comme dans un urètre libre et régulier. Il y a des difficultés : un rétrécissement au niveau du méat, un autre au niveau de

l'urètre pénien et un troisième dans l'urètre scrotal. Derrière ce dernier rétrécissement, j'ai la sensation que mon instrument traverse une petite cavité avant d'entrer dans l'urètre prostatique et la vessie. Lorsque le malade bouche sa cystostomie, les urines s'écoulent par le méat, avec une certaine difficulté toutefois, la contraction de la vessie étant incomplète. Aucune sensation de brûlure au passage de l'urine.

Le scrotum actuellement a repris une forme normale, les infiltrations périurétrales sont plus petites et plus souples. Le malade n'a pas d'écoulement. Les urines sont claires.

Pour lui fermer la cystostomie et le rendre à la vie normale, j'attends dès lors l'épreuve du temps, car je ne saurais affirmer qu'il est complètement guéri de sa tuberculose. Je crains qu'une fois la vessie fermée un foyer sournoisement éteint ne se réveille, qui forme de nouvelles fistules.

Telle est, Messieurs, l'observation. Elle ne serait qu'un cas banal de tuberculose si elle ne présentait quelques particularités que je me propose de développer devant vous, si vous voulez bien me prêter quelques minutes encore votre bienveillante attention. Nous avons dit que notre malade présentait des fistules tuberculeuses uréthro-périnéo-scrotales. Ces fistules sont toujours consécutives à la tuberculose urinaire ou génitale ; cette tuberculose a-t-elle débuté pour aboutir, 16 ans plus tard, à l'état que notre malade présentait à son arrivée à l'hôpital ?

Était-ce une tuberculose rénale, une tuberculose vésicale qui secondairement infecta l'urètre ? Était-ce une propagation d'une tuberculose génitale ? Ou d'emblée l'affection se localisa-t-elle dans l'urètre ? Car toutes ces localisations primitives peuvent, au cours de leur évolution, déterminer des fistules par une destruction secondaire de l'urètre.

C'est la réponse à ces questions qui est particulièrement intéressante. Et cette réponse je tâcherai de vous la donner aussi nette que possible.

Et tout d'abord nous pouvons dire, Messieurs, que la tuberculose, chez notre malade, n'a pas débuté dans la vessie. La tuberculose vésicale n'est jamais primitive. Elle succède toujours à la tuberculose rénale ou à la tuberculose génitale. Était-ce alors le rein le premier atteint ? Nous répondrons encore par la négative et pour les raisons suivantes : Parce que la tuberculose rénale détermine, comme nous le savons, dès ses débuts un syndrome caractéristique, qui ne fait presque jamais défaut. C'est la cystite spontanée,

bien étudiée par mon maître le Professeur Legueu. Elle se caractérise par ces trois choses : 1^o Douleurs à la fin de la miction. 2^o Fréquence des mictions, pollakiurie diurne et surtout nocturne. 3^o Urines troubles. Ce syndrome, nous ne le trouvons pas en tête des troubles que notre malade a présentés. Il avait des brûlures, il est vrai, mais c'était des brûlures bien localisées dans le canal et pendant le passage de l'urine, ce n'était pas les douleurs qui commencent vers la fin de la miction, lorsque la vessie se contracte pour expulser les dernières gouttes de l'urine et persistent encore après la miction. Puis la pollakiurie chez notre malade a commencé tardivement lorsqu'il y a eu gêne à l'émission de l'urine, gêne due à la sténose progressive du canal, ce n'était pas le symptôme initial. Enfin parce que la tuberculose urétrale secondaire à la tuberculose rénale ne se rencontre que dans la période ultime de l'affection. Pour que la tuberculose débutant dans le rein arrive à envahir l'urètre, il lui faut un temps assez long pendant lequel elle produit dans le parenchyme rénal des lésions qui rarement passent inaperçues. En même temps, elle produit dans la vessie des lésions qui ne guérissent pas seules. Et nous avons constaté l'intégrité de la vessie pendant notre intervention chirurgicale.

Était-ce alors une tuberculose urétrale due à la propagation d'une tuberculose génitale préexistante ? Et par tuberculose génitale il faut comprendre la tuberculose du testicule, de l'épididyme, du canal déférent des vésicules séminales, de la prostate. Chacun de ces organes peut être atteint isolément ou être envahi par l'affection qui débiterait à l'une ou à l'autre extrémité, le testicule ou la prostate. Nous savons, Messieurs, que la tuberculose génitale et la tuberculose de l'urètre évoluent d'une manière parallèle, qu'il est rare de rencontrer une tuberculose urétrale sans lésions de l'appareil génital. On admet des cas où la tuberculose urétrale est antérieure à la tuberculose génitale et alors c'est par l'urètre prostatique que les bacilles remontent pour atteindre l'épididyme et le testicule. Plus fréquemment, c'est dans le testicule ou dans l'épididyme que la maladie commence et les bacilles de l'épididyme s'acheminent vers la prostate et envahissent l'urètre.

(à suivre)

MORTALITÉ DE LA VILLE DE CONSTANTINOPLE

du 27 Janvier au 1^{er} Mars 1924

Causes des Décès

	Décès
Peste	—
Typhus exanthématique	6
Fièvre Typhoïde (Typhus abdominal).	2
Dysenterie.	1
Variole	8
Rougeole	6
Scarlatine	3
Diphtérie et croup	3
Coqueluche	—
Erysipèle	7
Grippe.	4
Paludisme.	4
Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerp.)	1
Encéphalite léthargique	9
Autres affections contagieuses non spécifiées	266
Tuberculose (poumons, méninges, etc. etc.)	—
Méningite cérébro-spinale épidémique.	3
Syphilis	142
Affections du cerveau	30
Autres affections du système nerveux non spécifiées	284
Maladies du cœur et de l'appareil respiratoire.	6
Affections de l'appareil respir. non spéc.	82
Maladies de l'appareil digestif	24
Gastro-entérite des enfants	74
Affections des reins et voies urinaires.	1
Affections des organes génitaux	10
Affections du foie, pancréas et de la rate	34
Maladies communes non spécifiées	12
Maladies constitutionnelles non spécifiées	4
Maladies chirurgicales	142
Maladies congénitales et vices de conformation	61
Morts-nés	120
Sénilité	38
Tumeurs malignes	21
Morts violentes (suicide excepté)	3
Suicide	—
Accident d'accouchement	345
Pneumonie	—
Total.	1756

DERNIÈRES PUBLICATIONS MÉDICALES

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 27-PARIS

- 1) **Nidergang.** La stomatologie en clientèle. In 8°, 1924, 97 figures. 10 frs.
- 2) **Charon.** La Psychiatrie en clientèle. In 8°, 1924. 8 Francs
- 3) **Bazelis.** Du traitement des varices et particulièrement des injections phlébosclérosantes. In 8°, 1924. 12 Frs.
- 4) **Pruvost Emile.** Les indices révélateurs d'une révolution prochaine dans les idées au sujet de l'origine réelle de la tuberculose. In 8°, 1924. 1 Fr.

J.-B. BAILLIÈRE et FILS ÉDITEURS

19, Rue Hautefeuille PARIS (VI^e)

Précis d'Anatomie Pathologique
3^e Édition Par les D^{rs} Ch. ACHARD, professeur et M. LÖPER, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. 3^e édition, 1924, 1 vol. in-8 de 693 pag. avec 400 figures et 2 planches coloriées. Broché, 32 Frs.; cartonné, 38 Frs.

Précis d'Histologie. 5^e Édition Par le D^r BRANCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris 5^e édition, 1921, 1 vol. in-8 de 528 pag. avec 416 figures, 30 Frs.

Précis d'Embryologie. Par le D^r BRANCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1922, 1 vol. in-8 de 279 pag. avec 234 fig. 17 Frs.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

120, Boulevard Saint-Germain, 120 — PARIS — VI^e Arr.

Ectodermoses. Neurotropes. Poliomyélite. Encéphalite. Herpès par C. LEVADITI avec une préface de E. ROUX, directeur de l'Institut Pasteur. 1922, 1 vol. in-8 de 275 pages, avec 4 planches doubles en couleurs, 27 fig. en noir et de nombreuses courbes et schémas (*Monographies de l'Institut Pasteur*, 24 Frs.

Éléments de Biométrie par le D^r Alfred MARTINET. 2^e édition, 1921, 1 vol. in-8 de 220 pages, avec figures et tableaux, 12 Frs.

Traité d'Anatomie humaine 3^e Edition de P. POIRIER et A. CHARPY; nouvelle édition publiée par A. NICOLAS, professeur d'anatomie à la Faculté de Paris.

Tome II, fasc. I et II. **Système Nerveux** (méninges, moelle, encéphale). 3^e Édit. 1921. 1 vol. gr in-8 de

796 pages, 470 fig. en noir et en couleurs, 75 Frs.

Physiologie normale et pathologique du Foie par G. H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de pathologie expérimentale et comparée, membre de l'Académie de médecine. 1922, 1 vol. in-8 de 400 pages; avec avec 16 fig. 22 Frs.

Diagnostic des Tumeurs, 2^e Série des travaux pratiques d'Anatomie pathologique, par le D^r G. ROUSSY, professeur agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris, et ROGER LEROUX, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris. 1921, 1 vol. in-8 de 352 pages avec 129 figures, 25 Frs.

سمو لفار سده نول

سيويل و عسكرى خسته خانه لوده قبول اولمشدر .

فرنگيه فارسى

نهلمه سى الك آژ : آرسه نولسيدي بوقدر، سيني ديكر آرسه نونيز نلردن ۱-۵ قات دما آژ در.

استعمالى الك قولوى : صوده چابوق حل اولور. داخل ورید، بين العضلات، تحت الجلد بلا وجع زرق ايديلير.

تأثيرى الك سيوك : هروقه نك خصوصاته تطبيق اوانه بيلير، بيوك دوزلرله شديدلى تداوى، تأثيرى سريع، عميق و دوام ايدير.

عونه و ايضاحات: غلطه ده ويووده خائنه هژان بهره افندي دن طلب اولنور

آخو منسين

قادينلرك عادتي

تحريك و جلب ايدر

كونده ۳-۹ قومپریمه

آدوقرين موادى افزاى
برقانون منتظم اوزرينه جريان
ايديور .

قادينلرك عادت اضطرابانى
بو قانونك تزلزلندن ايلري
كلييور .

بناء عليه بو اضطرابانك
تداويسى بو قانونك تنظيم
ونطبقنه مربوطدر .

بوايه انجق تأثيرى معين
اولان مواد اجزائه سايه
سنده اوله بيلير .

سيستو منسين

قادينلرك عاينى

نحوين و تنظيم ايدر

كونده ۳-۶ قومپریمه

لابوراتوار سينا

ليئون - پلاس مورار، ۱

« رەزىل »

غلىسرو غاياقول ائزىدر

غاياقول مستحضرىلىنىڭ كۈمۈش رەزىل - شىزنى خىستە قىلار دە
لەقائىت وسقرو فولووز دە تىدرىڭ ھىر نۇع تىظاھراتىدە تداوى قىلغى الدە ايتىڭ
ايچون يىكانە واسىلەدر .

شروب باستىل و ائمول خالىدە بولغور

باستىلىدىن كۈندە

۵-۳ عددە قدر

شروبىدىن كۈندە

۵-۳ قەھۋە قاشىقى

چوچوقلار دە نصف دوز قوللانغىلار

آنيودول

ANIODOL

داخلا و خارجا قوللانغىلار كۈتلى بىرمۇساد تىغىنىدر

داخلا (Aniodol Interne) — تىخىرات مەدىيە و مەسائىدە، شىر
خوارلار دەكى يىشىل اسهالەدە، ذات الامعادە، آمىيلى دىزانىتەرىدە،
تىدرن امعادە، حماء انتانىلر دە

خارجا (Aniodol Externe) — فىن دلادە و نىسائىدە، جىراحىدە
قوللانغىلار.

— ھىر مەھىم اجزا خانەلر دە و اجزا دىپولر ندە بولغور —

در. زیرا بعضی‌لری (اوپرابل) بعضی‌لری ایسه هم (اوپرابل) و همده (نون اوپرابل) (cas) لر استاتستیکارینه ادخال ایشلار در. هر حالده عموم قانسر (cas) لری ایچون (۱۰۰) ده (۲۰-۳۰) ده قدر شفا الده ایدیلشدر. یالکز (اوپرابل) Uterus قانسری ایچون (۱۰۰) ده (۵۰) قبول ایدیلیور، sein قانسرنده ایسه (اوپراسیون) نتیجه‌لری ده فنا در. (Werner) ده نظر آ (۱۰۰) ده (۳۰-۵۰) در. معده قانسرلرنده عملیاتدن صوگ درجه فنا (ره‌زولتا) لر الده ایدیلیور، شفا آنجق (۱۰۰) ده (۴-۲) در. (اوپرابل) وقعه‌لرده بلسکه (۱۰۰) ده (۲۰) به قدر چیقاریله بیلور.

کوریاپور که (اوپراسیون) قانسر تداویمی ایچون ای بر (مه‌تود) دکادر. Radiotherapie به کلنجه: رادیوتراپی جلد و Uterus قانسرلرنده الك favorable نتیجه‌لری وریبور. بعضی وؤلقلره کوره جلد قانسری ایچون (اوپراسیون) و (رادیوتراپی) نتیجه‌لری عینی قبول ایدیلیور. بعضی (۱۰۰) ده (۷۰-۹۰) ای (ره‌زولتا) لر قیدایدیلیور. فقط کیتدکجه رادیوتراپینک فائده‌لری اوپراسیوندن ده فاضله اولدینی تسلیم اولمقده در.

Uterus قانسری حقنده: برچوق مشهور ره‌نوقولوغلر اوپراسیونی ارتیق هیچ یامیورلر، (اوپرابل) (قالرینی دخی) (رادیه) ایلورلر. مثلاً Doderlein. Wintz Opitz قانسر اوپرابل اولسون، اولماسون رادیوتراپی طرفداریدرلر.

[دوامی]

پارس پاستور مؤسسه‌یی

تداوی بالمصل شعبه‌سنده مستحضر

سروم و آشی

مدت تأثیری کفالت تحتنده در

یکانه ده‌پوزیتری: رُاه بر غلطه

(اوپراسیون) و (رادیوترانی)، (local) بر تداوی در . Recidive و metastases مله مانع اولقی ایچون ایسه بر Traitement général . احتیاج واردر. بو کون قبول ایدیلدیگته کوره بو (لوقال) و (ژنه زال) تداوی ایله در که قانسرك (رادیقال) بر صورتده ازاله سی ممکن (Opération) دن مقصد قانسرك تکمیل (cellule) لری ممکن مرتبه ایرکن وجوددن چیقارمقدر. حال بوکه (اوپراسیون) (مه تود) لرینک پک زیاده (زده فیکسیونه) اولسنه رغماً بو مقصده ایرمک پک کوچ عادتاً بعضاً قابل دکلدر. زیرا قانسری اکثریتله پک کج تشخیص ایده بیلیورز. باخصوص داخلی قانسرلر، پک چوق احوالده (مه تاستاز) یابینجه یه قدر کیزلی قالیور. حتی خارجدن اله حس اولونه بیلن قانسرلرک بيله (۱۰۰) ده (۲۰) سی (رادیقال) بر (اوپراسیون) یابيله میه جق بر حاله کلد کد نصوکرآ آنجق آکلا شيله بیلیور. (دیاغنوستیک) نام یابيله بیلیدی فرض ایده لم. (اوپراسیون) ایله بو (لوقال) نوموری چیقاردق د نصوکرآ وظیفه من بیتی می؟ خیر! (رادیوترانی) و (ژنه زال) بر تداوی یایمه دن هیچ بر وقت مقصد حاصل اولیه جقدر. زیرا (اوپرابل) اوفاق بر نومورک بيله ایلریده Recidive و (مه تاستاز) یاپوب یایمه جنی بیلنه میور. بعضاً ده اک اوفاق بر قانسر، مثلاً بر کوچوک معدنه قانسری (اوپرابل) ظن ایدیلدیگی حالده، آز زمانده وجوده یابیلیور و خسته نی قیسه بر مدته اولدیریور.

اوپراسیوندن اک اپی نتیجه لر اله ایدیلن جراحلر و ژنه توقولوغلرک استا. تسلطیقارینی بر کره کوزدن کچیره لم. (اوپراسیون) ه اک موافق قانسر Uterus قانسری در بونده (Franque), (Zweilel) (۱۰۰) ده ۴۷ نسبتنده بش سنه ایچون دائمی موفقیت کور مشلر. Doderlein (۱۰۰) ده (۲۰), Schauta (۱۰۰) ده (۲۱,۹) (v Iaschke) (۱۰۰) ده (۲۳), Stockel (۱۰۰) ده (۲۴,۶) Fehling (۱۰۰) ده (۲۵), Weit (۱۰۰) ده (۲۵), Franz (۱۰۰) ده (۲۷,۹۷) Meyer (۱۰۰) ده (۳۱), Seitz (۱۰۰) ده (۴۳) Bumm (۱۰۰) ده (۴۸), Wertheimc (۱۰۰) ده (۵۰) دائمی شفالر کوستریوریورلر. کوریلیور که اوپراسیوندن اله ایدیلن (guérison) بشقه بشقه

قانسرك *traitement* ی ایچون اك بی طرف اوتورلرك كوستردكاری یولی سزه تصویر ایده جكم. كوره جكسكز كه بو بولك پك چوق قراكلكی نقطه لری وارد، مقصوده تمامیه ایریشمك ایچون دها چوق جالیشمق لازمدر.

شونی ده عرض ایدهیم كه بوراده یكی بر طاقم معلوماتی سزه بتلدرمك ادعاسنده دكم. اونه دنبری سزجه بللی اولان تداوی مه تودلرینی حلاصه سویه. جكم: بر زمانلر قانسر، یالكر جراحلر بیجاغیله تداوی ایدیلبوردی. حال بوكه صوك اون بش سنه ظرفنده قانسرك تداویسی ایچون رادیوتراپی به بویك بر موقع ویریلدی. زیرا بر چوق Cas لرده اساساً اوپراسیون یاسیله میوردی. اوپراسیون ایدیلم Cas لرده ایسه *Metastases, Récidive* لر اكسیك دككدی حال بوكه (رادیوتراپی) بو فنالیقلرك اوكنی آلمق ایچون بزه بیسوك امیدلر ویروردی. حقیقه بو امیدلر پك ده بوشه چیقمادی. زیرا *Opération* ایدیلهمین Cas لر (رادیوتراپی) ایله تداوی ایدیله میاوردی و بو صورتله قانسره قارشى بیجاقدن دها كسكین بر واسطه الله ایدیلكه موافقیت حاصل اولمشدی. سنه لر كچدی، آكلاشیلدی كه *Metastases, Récidive* لره هر زمان مانع اولمق قابل دكل بوندن بشقه (رادیوتراپی) دن متأثر اولمیان (Rayons) (ره آكسیون) كوستر. مهین قانسرلر ده پك چوق در. بو سیدن مسئله نك دها ایی حلی ایچون (Thérapie expérimentale) ده احتیاج واردی. حیوانلر اوزرنده *Expérience* لر یاقمه آلیشمانلر بیله قانسر مسئله سنده یكی *Recherche* لر ایتمكه مجبور اولدیله. زیرا قانسرك (locale) بر خسته لق اولمادینی آكلا. شیلدقدنصوكر حیوانلر اوزرنده *Expérience* لرله *Tumeur maligne* قارشو تكمیل (Organisme) ك مدافعه قوتنی تدقیق اتمك مجبور بئنده ایدیله. (Tumeur maligne) لرك حیوانلره (ترانسپلانته) ایدیلسنه موافقیت حاصل اولدقدنصوكره یكی بر *recherche* ساحه سی آچیلدی. *Immunothérapie* و *Chémotherapie* كی تداوی اصوللری تطبیق ایدیلكه باشلاندى. ایشته بویكی اصوللره (اوپراسیون) و (رادیوتراپی) ایله برابر قانسری نه درجه به قدر ایی ایده بیله جكمزى هیئت محترمه كره عرض ایده جكم.

استانبول پاڙ مهديقالاري

علوم طبيه واجزائيه شهرى مجموعهسى

مترجمات

مجموعه

۲۸

قانسرك موجود اصوللرله تداويسى (دوقتور برهان الدين)

قانسرك موجود اصوللرله تداويسى

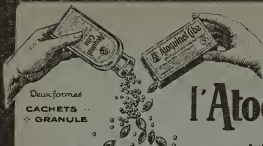
دوقتور برهان الدين

قانسرك تداويسندن بحث ايتك ايچون چوق تردد ايتدم. بعض آرقداشلك تشويق اولماسه ايدى شمدليك بومستلهي قورجالاميه جقدم. سنه لردن برى پك چوق اوپتيميسيت وعين زمانده پسيميسترلرله (discution) ياپدم وبو اوپتيميسيت وپسيميسترلر يازيلارنى اوقودم. بربرينه ضد (Publication) لرني كوزدن كچيردكدنصوكرابوكون حضوركزده سوز سويلهك نه قدر آغير برشى اولديغنى بيليوردم. فقط بن قانسر تداويسنده نه او اوپتيميسيت ونه ده عين پسيميسترلر فكرنده اولماديغمدن سزه سربستجه وبى طرفانه بوبخى analyse ايتك ايسته دم حكمنى سزه براقيبورم.

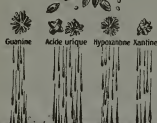
آلمانساده برچوق روشكن وژنه نوقولوژى انستيتولرند بولنديغ زمان كورييوردم كه عين methode و appareil لرله چالشانلر بربريندن آبرى فكرلر و قناعتلر بيان ايديبورلر. تحفى شودر كه عين Université دهكى خواجه لك فكرلر بربرينه هيچ اويغور. فكرلردهكى بو اختلافك سبيلرى پك چوقدر. انلرى بوراده سويله مكله باشكزى آغيرتمق ايسته مم. بنده كز يالسكر

اعلان — استانبول پاڙ مهديقالاري، مجموعه سنى تحرير آ طلب ايدن

اطبا افنديلر مجاناً كوندريله چكدرد.



Deux formes
CACHETS
GRANULE



Les principales
INDICATIONS de

l'Atoquinol Ciba

(phenylanthranilate d'alyle)

Arthrites aiguës ou chroniques
Goutte
Asthme bronchique
Dermatoses Névralgies
Sciatique rhumatismale
et autres manifestations
uricémiques

LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND
1, PLACE MORAND
LYON

Atoquinol est le solvant par excellence de l'acide urique

بودری

فیتین

فوسفورلی اعلاجلزك اك قوتلیسیدر. چونكه نباتی الاصلر.
فوسفور - کالسیئوم - ماغنزیوم

بودری		
قاشه	۰,۵۰	یومیه یکی دانه
قویریقه	۰,۲۵	« درت دانه
غرانوله		« ایکی قهوه قاشینی
لیکید		کونده ۴۰ دامله ایکی دهمه ده

بش شکل

Phytine

EN 5 FORMES

poudre dose à indiquer par le médecin
cachets à 0.50 2 par jour
comprimés » 0.25 4 » »
granulés 2 cuillères à café
liquide 40 gouttes par jour en deux fois

LABORATOIRES CIBA

استانبول

پاڭر مدد يقاللىرى

علوم طبیه و اجزایه شهرى مجموعه سی

مدیریت : ژاله بره مدیر و مسؤلى

غلطه ده و بووده خائنده نومرو ۱ — تلفون : بك اوغلى ۲۵۲۴



شرق مرکز امیرا نجاد نغاسی

اجزای طبیه، کیمبویه و عطریات ده پوسی
طوبدن و پراکنده صائیشمرکز اداره سی : سرکه چیده خوراسانچیان خائنده
ده پوسی : آقره خانى. خوراسانچیان خانى و باب عالی جاده سنده

شعبه لری :

سرکه چیده آقره خائنده بك اوغلنده تونل اقصائنده نومرو ۶
 استانبولده باغچه قبوده نومرو ۷ جاده کبیرده ۲۲۳/۵
 غلطه ده کوپری باشنده ۵ قاضی کوبنده موئنخانه جاده سنده ۲۴

دوقتور و اجزایى بکاره رقابت قبول ایتیمه جك صورتده
 خصوصی فیاتلر یاللمشدر .

Pages Médicales

de Constantinople

REVUE MENSUELLE : des Sciences Médicales & Pharmacologiques

Administration : J. BERT, Directeur-Administrateur

Voïvoda Han, No. 1 - Galata — Téléphone : Péra 2524

Droguerie Centrale d'Orient

EN GROS

ARTICLES D'HYGIÈNE
DROGUERIE

Spécialités Pharmaceutiques

Articles choisis et authentiques des meilleures marques

SIÈGE SOCIAL : Stamboul-Sirkédji — Khorassandjian Han.
Téléphone. Stamboul 52

DÉPOTS : Angora Han — Khorassandjian Han & Bahali

SUCCURSALES

Stamboul, Angora Han, Sirkédji

Stamboul, Bagtché Capou 7

Galata, Place du Pont 5

Péra, Place du Tunnel, 5

Péra, Grande Rue 223-5

Smyrne, Rue Franque 77

Kadikéuy, Rue Mouvakathané No. 29

Maison d'Achats à Paris

Imp. Française L. MOURKIDES



EN DÉTAIL

ARTICLES DE TOILETTE
PARFUMERIE

Produits de Beauté



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE



PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine
résolu le problème de la Médication
phosphorée

Trois
Formes : Cachets . . . à 0 gr. 50 : 2 par jour.
Comprimés . . . à 0 gr. 25 : 4 " "
Granulé : 2 cuillères à café " "

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND - LYON

LABORATOIRE NATIVELLE

49, BOULEVARD DE PORT-ROYAL — PARIS

SOLUBAÏNE

SOLUTION D'OUABAÏNE ARNAUD AU MILLIÈRE

L'OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTONIQUE
ÉNERGIQUE**

est indiquée dans tous les cas d'insuffisance
du myocarde.

**DIURÉTIQUE
PUISSANT**

Insuffisance du cœur gauche ;
Insuffisance ventriculaire droite ;
Arythmies et Tachycardies.

**ACTION
CONSTANTE
ET SURE**

DOSES :

Petites doses prolongées . . . X à XX gouttes.
Doses moyennes . . . XXV à L gouttes.
Doses massives . . . L à CL gouttes.

**MOINS TOXIQUE
QUE LES
STROPHANTINES**

DOSAGE RIGOREUX

PAGES MÉDICALES DE CONSTANTINOPLE

REVUE MENSUELLE MÉDICALE & PHARMACOLOGIQUE

SOMMAIRE

	Pages
Revue des Sociétés	291
Communication du Dr. Velidjanidi	296
Action de l'adrénaline sur la sécrétion biliaire, par le Dr Kémal Djenab	298
Communication par M. Victor Bey Galimidi, sur un cas d'ictère hémolytique acquis	303
Mortalité de la ville de Constantinople	305
Dernières Publications Médicales	306

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE

Séance du 4 Janvier 1924

Présidence du Dr. AZIZ FIKRET, Secrétaire Général

Présentation de malades

M. BARBOUTH présente une femme opérée pour des varices, par anastomose saphéno-fémorale, qui sera le sujet de sa communication à l'ordre du jour.

M. VELIDJANIDIS présente un calcul urétéral expulsé après cathétérisme. (Texte publié au N° 15 des Pages Médicales).

M. ALALOU présente un deuxième cas d'existence d'amibes dans l'urine, chez un malade atteint de dysenterie amibienne classique. Les urines contenaient des amibes durant 3 jours consécutifs.

Discussion sur les cas présentés.— Cas du Dr. Velidjanidis.

Dr. BARBOUTH relate à ce propos le cas d'une femme souffrant d'une douleur au point de Mac-Burney, chez laquelle l'examen radiologique avait révélé l'existence de calcul urétéral.

NOTA.— Le service des « Pages Médicales de Constantinople » sera fait gratuitement à tout docteur qui en fera la demande.

M. BURHANEDDINE demande si l'on a exploré tout le trajet urinaire par les rayons X. Il s'étonne qu'un calcul de formation calcaire comme celui que vient de présenter le Dr. Velidjanidis ait échappé à la radiographie. Il ajoute ensuite qu'il ne croit pas au collargol comme antiseptique.

M. VELIDJANIDIS en réponse affirme qu'on a radiographié sur une seule plaque le rein, l'uretère et la vessie à la fois. Il admet qu'au début des injections au collargol on a eu des accidents, parce que l'on faisait ces injections sous une forte pression. Mais depuis qu'on emploie des solutions faibles (4-5-10 % tous les 3-4 jours) et très lentement, il n'est survenu aucun accident.

Ordre du jour :

M. BARBOUTH. — Traitement chirurgical des varices par anastomose saphéno-fémorale. Texte déposé.

Discussion sur l'ordre du jour :

M. BENADOR trouve que la méthode préconisée par le Dr. Barbouth est très délicate ; il demande si la bouche anastomotique fonctionne, et présente une autre méthode de traitement : « La résection de la crosse ».

M. BURHANEDDINE relate à son tour sa méthode préférée depuis une dizaine d'années, c'est-à-dire la résection totale de la saphène.

M. BARBOUTH répondant au Dr. Bénador. — Après l'opération, il m'est impossible de contrôler le fonctionnement de la bouche anastomotique. Si la résection de la crosse seule était suffisante, naturellement Delbet l'aurait préférée.

Au Dr. Burhaneddine. Chez Delbet nous avons suivi de près plusieurs cas avant, pendant et après l'opération, dont les résultats étaient excellents. La méthode du Dr. Burhaneddine n'est pas applicable dans tous les cas ; il y a probabilité de thromboses, et je me demande où vont les collatérales, ne produisent-elles pas des hémorragies ?

Procès-verbal. — Lecture est donnée du procès-verbal de la séance précédente qui est adopté à l'unanimité.

Election. — Ont été élus comme membres de la Société MM. les Docteurs Hakki et Elboukra.

Séance du 11 Janvier 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, *Président*.

M. ZACARIAN présente un homme de 45 ans atteint d'un cancer de la verge que M. Malkass a jugé inopérable. Le Wassermann est négatif. Le traitement aux rayons X vient de commencer, mais le cas est considéré comme très difficile, les ganglions inguinaux étant déjà bien pris.

Lecture et adoption du procès-verbal du 4 Janvier 1924.

Puis discussion sur des questions d'ordre administratif.

La séance est levée.

Séance du 18 Janvier 1924

Présidence de M. AZIZ FIKRET, *Secrétaire Général*

Présentations :

M. OSMAN CHEREFEDDINE présente un malade avec abcès du foie post-dysentérique, qui fut localisé après un traitement par l'émétine et le néosalvarsan, et est actuellement dans les meilleures conditions pour subir une opération.

M. BURHANEDDINE présente :

1° une plaque radiographique montrant une balle ayant pénétré par l'épigastre dans la moelle épinière. Cette balle fut extraite par M. Burhaneddine avec suture ultérieure de la dure-mère et les phénomènes paralytiques du malade s'améliorent.

2° une plaque montrant deux calculs dans le parenchyme du rein droit, que l'auteur a extraits par néphrotomie partant du bord convexe du rein. Il fait suivre son opération de sutures très profondes dans le parenchyme du rein pour prévenir l'hémorragie.

3° une plaque montrant un calcul de l'urètre qu'il a également retiré après l'opération, et a procédé à la suture de l'urètre.

Discussion à propos des cas présentés.

M. VELIDJANIDI dit qu'il est de règle de faire la néphrolithotomie en cas de calculs du parenchyme, tandis que la pyélotomie et la pyélotomie élargie de Marion sont réservées respectivement aux

calculs du bassin et des calices. Quant à l'hémorragie secondaire de la néphrotomie, comme elle est due à l'infarctus et à la nécrose consécutive, ce ne sont pas les sutures qui peuvent la prévenir.

En cas de calcul de l'uretère après l'opération, on draine et on ne suture pas pour éviter la formation de nouveaux calculs et de sténoses.

M. BURHANEDDINE (en réponse). — A part l'hémorragie par infarctus, il y a aussi des hémorragies dues à la section des artères du parenchyme rénal, et c'est pour cela qu'il considère les sutures indispensables. Pour le cas de son calcul de l'uretère, il dit qu'il y avait en même temps un diverticule pour lequel il a dû suturer et encore s'est-il borné aux couches externes.

Lecture et adoption du procès-verbal du 11 Janvier 1924.

M. OSMAN CHEREFEDDINE lit une communication sur « Un nouveau médicament contre la dysenterie amibienne ».

Discussion.

M. ZENOPE dit qu'il est très heureux que l'on ait trouvé un autre médicament contre la dysenterie amibienne, parce que l'émétine a beaucoup perdu de sa spécificité en la matière, tout en restant un très bon médicament.

M. ZANNI recommande d'essayer la Biométine qui, comme l'émétren dont parla M. Cherefeddine, est un composé d'émétine avec un métal.

M. HANDJIAN se rapportant à un cas d'abcès du foie qui fut opéré (mais le malade ayant continué à souffrir de la dysenterie, ne fut guéri que grâce à l'émétine) parle des services rendus par l'émétine ; mais il est prêt à se servir de l'émétren qui, d'après les essais de M. Osman Cherefeddine, se montre supérieur.

M. AZIZ FIKRET demande si l'on peut utiliser l'émétren chez le nourrisson. Il n'est pas convaincu, d'après ce qu'il voit aujourd'hui, que le cas présenté par M. Osman Cherefeddine soit un cas d'abcès du foie et non pas une cholécystite.

M. OSMAN CHEREFEDDINE (en réponse) reconnaît avec M. Zenope l'existence des cas rebelles à l'émétine ; il promet d'essayer dans son service la bismétine et est d'accord avec M. Houndjian qu'il faille d'abord traiter par l'émétine et ensuite opérer les abcès du foie.

**NÉURALGIES
MIGRAINE, GRIPPE
SCIATIQUE, RHUMATISMES
et toutes pyrexies**

**ANTIRHUMATISMAL
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF**

*Soulagement immédiat
2 à 4 comprimés par jour*



Fabricant:
**Laboratoires
O. ROLLAND
LYON - FRANCE**



« Acétyl-phenétidine Acétyl-salicylique »
Caféine

L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation

d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc.

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antiseptisme nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc.

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des **PRODUITS du GOMENOL**, 17, rue Ambroise-Thomas --- PARIS (IX^e)

HORMONE ET HARMOZONE OVARIENNES A ACTION ANTAGONISTE

AGOMENSINE

Agogos, qui amène: *Εμμηνα*, menstrues

**ACTIVE ET SOLLICITE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES**

3 à 9 Comprimés par 24 Heures

LABORATOIRES CIBA - O.ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON



SISTOMENSINE

Sistere, arrêter; *Mensis*, mois

**MODÈRE ET RÉGULARISE
LES FONCTIONS MENSTRUELLES**

3 à 6 Comprimés par 24 Heures

LABORATOIRES CIBA - O.ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON

CACHETS

PHYTINE CIBA

GRANULES

MEDICATION PHOSPHO - CALCIQUE ET MAGNÉSIE

Il ne voit pas d'inconvénient à se servir de l'émétine chez le nourrisson, toujours avec prudence et en tâtonnant.

Quant à son malade présenté à cette séance, si l'on suivait la marche de la maladie, l'existence des amibes dans les selles et les effets de l'émétine, on n'aurait nullement douté qu'il s'agisse là d'un abcès du foie de nature amibiasique.

La séance est levée.

Séance du 25 Janvier 1924

Présidence du Dr. AZIZ FIKRET BEY, Secrétaire Général.

Présentation des Malades.— Le Dr. CONOS présente le cerveau d'une femme ayant succombé à la suite d'une tumeur cérébrale. Cette malade ne présentait pas des signes pathognomoniques d'une tumeur, sauf quelques maux de tête, une espèce d'indifférence envers sa maladie, des vomissements et une amnésie (à ne pas trouver le cabinet quoiqu'elle se trouvait à l'hôpital depuis 6 mois); en outre, cette femme avait une tendance à rire.

A son examen, le Dr. Conos a constaté une ataxie dans les mouvements du membre inférieur et une diminution de l'acuité visuelle.

A l'autopsie: Cerveau dur, une tumeur à la base du corps calleux, tout à fait indépendante du corps cérébral. La tumeur a fait accoler les deux hémisphères. L'infundibulus et la base du 3^e ventricule étaient bombés.

Une hémorrhagie ayant envahi le ventricule a causé la mort.

Procès-Verbal. Lecture et adoption du Procès-Verbal de la séance précédente.

Admission des membres.— Le Dr. André Wahram demande s'il pourrait présenter comme membre un médecin qui a fait ses études, mais qui n'a pas présenté encore sa thèse. Après discussion, on a décidé l'ajournement.

La séance est levée.

Communication faite le 14 Décembre 1923

par M. le Dr. VELIDJANIDI

ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris

**Un cas de fistules multiples uréthro-périnéo-scrotales consécutives
à des lésions tuberculeuses de l'urètre traitées par la
dérivation hypogastrique des urines
et l'héliothérapie**

(Suite et fin)

Dans l'une ou l'autre circonstance, l'affection laisse son empreinte sur la prostate de très bonne heure. Et vous savez, Messieurs, que c'est une règle absolue d'explorer par le toucher rectal cet organe, lorsqu'on constate des lésions tuberculeuses de l'épididyme, et de laisser le dernier mot à cette exploration dans les cas douteux.

Notre malade avait des lésions tuberculeuses de l'appareil génital, une épидидymite droite que nous avons pu constater dernièrement, et du côté de la prostate nous avons dit avoir constaté à la place de la saillie normale une dépression, nous la trouvons à la phase ultime des lésions tuberculeuses lorsque les cavernes prostatiques s'ouvrent et se vident dans l'urètre. Elle montre la fonte de l'organe et témoigne de l'existence antérieure de lésions plus légères dans la prostate.

Examinant ce malade aujourd'hui, 16 ans après le début de l'affection, pouvons-nous dire avec certitude si l'affection de la prostate était antérieure à celle de l'urètre ?

La tuberculose initiale de l'urètre est, comme vous le savez, Messieurs, une des plus rares localisations de l'affection, celle de l'urètre antérieur surtout est plus exceptionnelle encore que celle de l'urètre prostatique. Par contre, la tuberculose secondaire de l'urètre due à la propagation d'une tuberculose génitale est relativement beaucoup plus fréquente quoique assez rare ; les observations publiées n'étant que d'une centaine. Je parle de la tuberculose de l'urètre dans d'autres localisations urinaires ou générales. Pour cette seule raison, je crois qu'il est plus prudent d'admettre que chez notre malade la tuberculose a débuté dans l'appareil génital, testicule ou prostate, qu'elle y est restée silencieuse et sans manifestations jusqu'au jour où les bacilles entraînés par les éjaculations s'installèrent dans l'urètre. Alors nous croyons que c'est dans l'urètre scrotal, à l'endroit où il y a cette infiltration périurétrale, que se présenta la première lésion urétrale. C'est sur la muqueuse de la portion bulbaire de l'urètre, lieu de prédilection, que nous pouvons localiser l'ulcération qui provoqua chez notre malade les premiers symptômes qui ont attiré son attention : sensations de brûlures au passage de l'urine. De là, l'affection se propagea, mais très lentement, à l'urètre prostatique et l'urètre pénien et envahit en profondeur le corps spongieux. Plus tard, les lésions gagnèrent les tissus

périurétraux. Par la fonte ultérieure de ces lésions et l'ouverture des abcès à la peau, se formèrent l'une après l'autre les fistules en même temps que par la cicatrisation des ulcérations de la muqueuse et la sclérose des foyers du corps spongieux se constituèrent progressivement les rétrécissements du canal.

Mais cela ne se passe pas toujours de la même heureuse façon. La propagation de l'affection à l'appareil urinaire est la règle, et la mort en très peu de temps par une tuberculose généralisée est le sort de ces malades. Ce cas est tout à fait exceptionnel pour la lenteur de son évolution et sa bénignité. En me basant sur le résultat déjà obtenu par la simple dérivation des urines, j'ose espérer que petit à petit ce foyer local de tuberculose sera éteint complètement.

Alors il nous restera la question du rétablissement du cours normal des urines. Mais pour cela il faut que le calibre de l'urètre se maintienne assez large pour donner libre issue aux urines. Une dilatation méthodique et prudente du canal répétée de temps à autre pendant quelques mois encore nous servira de preuve et nous donnera l'indication de notre conduite.

Si les retrécissements ont tendance à se resserrer, nous chercherons, avant de fermer la cystostomie, à refaire si possible un meilleur canal par l'excision des tissus sclérotisés et par des autoplasties.

Je me ferai un plaisir, Messieurs, de vous tenir au courant.

Dr. E. VELIDJANIDI,

**Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
de l'Université de Paris**

Messieurs les Médecins peuvent se procurer à l'Administration
des

Pages Médicales, — Voivoda Han, N° 1 - Galata

LE FORMULAIRE ASTIER

Vade-Mecum de Médecine Pratique. Thérapeutique générale comprenant: Traitement des maladies médicales, chirurgicales et spéciales, Pharmacologie, Hygiène et régimes, Législation. 1 vol. de 1201 pages, relié peau souple, tranches dorées.

2^e édition 1922, entièrement revue, complétée et mise à jour, avec son Supplément pour 1923 — 1 vol. 386 pages, relié peau tranches rouges

Prix spécial aux médecins: les deux volumes . . . Frs. 22.

Action de l'adrénaline sur la sécrétion biliaire

par le Dr. KÉMAL DJENAB,

Professeur de Physiologie à l'Université

On sait que la sécrétion biliaire présente, comme c'est le cas pour chaque sécrétion, deux actes, l'un de sécrétion, l'autre d'excrétion.

L'acte sécrétoire est la fonction d'élaboration par les cellules glandulaires des éléments constituant d'une sécrétion ; l'acte excrétoire consiste en la phase de mobilisation des produits élaborés par les conduits glandulaires vers la surface extérieure, ou muqueuse. Ces deux faits sont en général parallèles, c'est-à-dire que chaque fois qu'une glande sécrète, le produit sécrété est mobilisé en dehors. Ce parallélisme est du reste altéré par l'expérimentation : la ligature d'un canal excréteur supprime l'excrétion en laissant intacte la phase d'élaboration cellulaire pendant un certain temps, après lequel les cellules sécrétantes subissent la dégénération.

La sécrétion biliaire est une sécrétion continue ; les cellules hépatiques élaborent continuellement les différents éléments constituant la bile. Son excrétion est intermittente, ne se faisant qu'à l'arrivée du chyme stomacal dans le duodénum. L'excrétion de la bile se fait par le relâchement d'un sphincter décrit par Oddi, à l'embouchure duodénale du cholédoque, suivie de la contraction de la vésicule et des muscles lisses des conduits biliaires.

Le système nerveux gouvernant la phase d'élaboration biliaire n'est pas connu. Les nerfs qui président à son excrétion sont le vague et le nerf grand splanchnique,

L'action du vague est centripète ; l'excitation de son bout céphalique après la section du nerf, provoque d'une part le relâchement du muscle d'Oddi, d'autre part la contraction de la vésicule et probablement des parois des conduits biliaires. Ainsi cette excitation réalise les conditions d'excrétion de la bile.

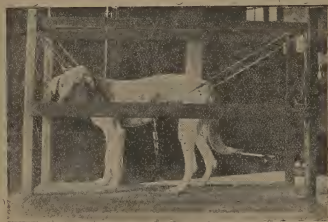
Le nerf grand splanchnique préside, par une action directe, d'une part à la circulation intra-hépatique par ses fibres vaso-motrices et vraisemblablement par ses motrices, à la motricité des muscles lisses des voies biliaires. On sait depuis Heidenhain qu'après la section de ce nerf, la sécrétion biliaire est augmentée par suite de la dilatation paralytique des vaisseaux intra-hépatiques.

L'adrénaline, introduite dans l'organisme, excite les artères en

provoquant une constriction vasculaire générale, manifestée surtout dans le domaine des organes abdominaux et en particulier dans le foie, dont l'innervation vaso-motrice est fournie par le nerf grand splanchnique, branche du sympathique abdominal. La diminution de la sécrétion biliaire par suite de la vaso-constriction dans le foie sous l'influence de l'adrénaline, devrait être admise à priori. Tandis que Langley et Schaefer admettent, au contraire, une augmentation de la sécrétion biliaire sous son influence. Une telle action devant être très intéressante au point de vue de l'utilisation thérapeutique de cette substance, nous avons voulu la vérifier par l'expérimentation et voir si la prévision théorique concordait à une telle action pharmacodynamique.

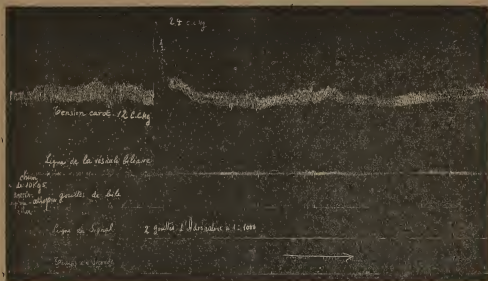
Nos expérimentations nous ont amené à obtenir un résultat opposé à celui de ces auteurs. Nous avons observé, en effet, une diminution de la sécrétion biliaire par l'adrénaline.

Nos expériences sont faites chez des chiens à fistule biliaire temporaire et chez le chien porteur de fistule biliaire permanente. Chez les premiers une fistule du cholédoque est faite, les gouttes de bile sécrétée sont enregistrées par le procédé de transmission par l'air. La fistule biliaire permanente est faite chez le chien (fig.1)



(Fig 1) Chien de laboratoire porteur de fistule biliaire permanente
au moment de la récolte de la bile.

par les méthodes de chirurgie abdominale physiologique: la canule biliaire de Dastre est introduite dans la vésicule biliaire et fixée à la paroi abdominale, le cholédoque est lié.



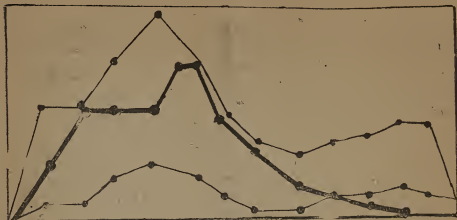
(Fig 2) Tracé d'une expérience chez le chien à fistule biliaire temporaire.

Le tracé (fig. 2) démontre le résultat obtenu de nos travaux faits chez les chiens à fistule temporaire, tous ayant donné des résultats comparables.

Chez le chien à fistule biliaire permanente (fig. 1) qui a vécu assez longtemps dans notre laboratoire, nous avons institué trois séries d'expériences afin d'étudier la marche de la sécrétion biliaire, recueillie toutes les cinq minutes pendant une heure chaque fois. La première série est faite chez le chien à jeun, la deuxième chez le chien auquel l'on fait absorber cent gram. de lait et la troisième chez le chien venant de prendre cent gram. de lait et subissant en même temps une injection hypodermique de 2 milligr. de la solution d'adrénaline au millième. Chaque série d'essai est répétée pendant cinq jours. On voit sur la fig. 3 de la page suivante le résultat obtenu.

Le trait mince inférieur donne la courbe de la bile recueillie à jeun, le trait mince supérieur démontre la bile obtenue sous le régime de cent gram. de lait, et enfin le trait gros du milieu démontre la marche de la sécrétion biliaire dans le cas de cent gram. de lait et d'injection hypodermique simultanée de 2 milligr. d'adrénaline.

On voit que dans ce dernier cas la bile recueillie est moindre que dans le cas du régime de lait sans adrénaline.



(Fig 3) Diagramme des courbes de sécrétion chez le chien (2).

Le tracé (fig. 2) démontre une particularité que nous avons eu l'occasion de constater dans quelques expériences : des gouttes de bile s'empressent à se déverser, pour ainsi dire, après l'injection intraveineuse de l'adrénaline, pour s'arrêter enfin au moment de la hausse de la pression artérielle. Après cette injection, le régime de sécrétion se rétablit d'abord par de rares gouttes pour s'accélérer graduellement à mesure que la pression tend à baisser. Cette accélération initiale est attribuée par nous à la contraction des muscles lisses des parois des conduits biliaires sous l'action de l'adrénaline.

Conclusion : L'adrénaline étant une substance sympathicatrepe, son action sur la sécrétion biliaire devrait consister en une diminution de la bile par suite de l'ischémie hépatique produite sous son influence par l'intermédiaire du nerf grand-splanchnique, vasoconstricteur du foie. Le fait expérimental, faisant l'objet du présent travail, le confirme.

Au moment de la rédaction de cet article, nous avons eu l'occasion de voir dans les fascicules 1-2 du volume 34 de la revue allemande *Zeitschrift f. die gesamte Experimentelle Medizin* l'article de A. Winkelstein, de New-York, intitulé "Etude sur la fonction motrice de la vésicule biliaire" dans lequel l'auteur parle de ses études expérimentales exécutées dans le Laboratoire de Biologie de mon excellent ami le Professeur A. Bickel, de l'Institut de Pathologie de Berlin. Cet article nous a intéressé vivement pour expliquer une particularité de notre tracé. (2). Si le lecteur fait attention à la ligne, dite de la vésicule biliaire, de ce tracé, il verra que cette ligne présente des ondulations rythmées, correspondant à la respiration. On dirait que cette ligne n'est qu'une inscription pneumographique. Cette ligne a été obtenue par nous en introduisant une ampoule en caoutchouc dans la vésicule biliaire, et en la

faisant communiquer par un tube au tambour de Marey dans le but d'inscrire la contraction éventuelle de la vésicule. La ligne ainsi obtenue ne témoigne d'aucun phénomène de motilité de la vésicule biliaire sous l'action d'adrénaline, sauf les ondulations synchrones aux mouvements respiratoires.

C'est pour étudier la motilité de la vésicule biliaire dans les conditions physiologiques que A. Winkelstein a entrepris de son côté de faire de belles expériences qui consistent à attacher de minces plaques rondes en argent sur la paroi antérieure de la vésicule chez le chien opéré aseptiquement et examiné sous le rayon X après la cicatrisation de ses plaies, pendant les différentes phases de la digestion. Du reste, la notion des mouvements de la vésicule biliaire nous est connue depuis que Dastre a observé la contraction de cette poche, en dehors de l'organisme, par l'excitation électrique et sa décontraction par la pilocarpine. C'est sur ce fait expérimental qu'est fondée la théorie d'après laquelle la bile vésiculaire se déverserait dans l'intestin par suite du relâchement du muscle d'Oddi et de la contraction de la vésicule. Tandis que A. Winkelstein a observé chez son chien examiné aux rayons X, que la position réciproque des plaques n'est nullement changée au cours de la digestion intestinale et que les plaques ne seraient mobilisées que par les mouvements respiratoires. C'est ce dernier point qui nous a intéressé, car la ligne de la vésicule biliaire de notre tracé (fig. 2) témoigne le même fait.

L'observation de A. Winkelstein est intéressante au point de vue de la notion de la fonction vésiculaire pendant la digestion. L'auteur n'a observé aucun changement de la position réciproque des plaques d'argent au cours de la digestion intestinale, sauf les mouvements en totalité de haut en bas et de bas en haut de ces mêmes plaques, synchrones aux mouvements respiratoires, d'où il a conclu que cette poche subit, étant remplie de bile, l'action de la pression et de la dépression, transmises à cet organe par le diaphragme et par l'intermédiaire du foie. D'après A. Winkelstein une pression extérieure de 15 c.c. d'eau serait déjà suffisante pour déverser la bile hors de la vésicule, le muscle d'Oddi étant relâché, tandis qu'une pression de 100 c.c. d'eau serait présente, d'après l'auteur, à chaque inspiration au voisinage de la vésicule biliaire,

La question d'une contraction totale et spasmodique de la vésicule, comme dans les cas de colique hépatique, ferait, d'après A. Winkelstein, l'objet d'études ultérieures.

Communication faite le 1er Février 1924 par M. VICTOR BEY GALIMDI

Sur un cas d'ictère hémolytique acquis

L'ictère hémolytique est une affection du sang ou plutôt un syndrome hématologique que nous avons appris à connaître depuis le commencement de ce siècle.

En 1900, Van Minkowsky et Bettmann ont observé les premiers des cas d'ictère d'origine hémolytique où ils remarquèrent de l'urobilinurie accompagnée de splénomégalie. C'étaient des cas d'ictère hémolytique congénital.

En 1907, Chauffard et Fiessinger, dans des cas d'ictère hémolytique congénital, et plus tard Widal et ses élèves dans des cas d'ictère hémolytique acquis, étudièrent la fragilité globulaire et déterminèrent les caractères cliniques et hématologiques de ce syndrome.

Si je me permets de vous entretenir ce soir d'un de ces ictères hémolytiques acquis, c'est que tout d'abord l'affection en question, étant connue depuis quelques 15 ou 20 ans est relativement rare, probablement parce que nous ne sommes pas bien habitués à la rechercher. Pour ma part, je n'ai pas eu jusqu'ici l'occasion de voir et d'étudier un cas d'ictère hémolytique ou plutôt j'ai dû en avoir parmi mes malades ; mais sûrement j'ai dû aussi passer à côté sans m'en apercevoir.

En dehors de sa rareté, l'ictère hémolytique présente encore une autre particularité digne de toute notre attention. L'ictère en question prend parfois le masque d'autres affections avec lesquelles on peut facilement le confondre si la sagacité du clinicien ne se met pas de la partie.

Ainsi, souvent le patient atteint d'ictère hémolytique présente l'aspect extérieur non pas d'un ictérique mais d'une personne ayant une anémie plus ou moins profonde. C'était là l'impression que mon malade avait produite sur moi quand je le vis pour la première fois.

Dans d'autres cas, l'on croit avoir affaire à de la lithiase biliaire.

Des crises douloureuses vésiculaires avec tout le cortège symptomatique au complet, tel que nous avons l'habitude de l'observer dans la colique lithiasique, nous donnent le change à tel point que des opérations furent pratiquées par erreur dans des cas où il ne s'agissait que d'ictère hémolytique.

Chez quelques malades, des manifestations aigues du côté de la rate, manifestations accompagnées de vomissements, de fièvre et de douleur de la région splénique, firent croire à une péritonite, à une rupture ou à un abcès de la rate quand il n'y avait que de l'ictère hémolytique. Encore une particularité qu'il faut relever quand on parle d'ictère hémolytique, c'est la nécessité, indispensable, d'avoir recours à des recherches de laboratoire sans lesquelles il n'est pas possible d'établir un diagnostic.

Donc, la rareté de la maladie d'un côté, la possibilité de la confondre avec des affections diverses de l'autre, et enfin la nécessité de connaître les modifications hématologiques qui font le cachet caractéristique de ce syndrome et que l'on ne peut déterminer que par le laboratoire, m'engagent à vous parler du malade que j'observe et que j'étudie depuis quelques mois.

Il est toujours utile de rafraîchir les mémoires quand il s'agit de tableaux pathologiques que l'on n'observe pas communément.

Ceci dit, voici l'observation que je désire vous relater :

L., âgé de 58 ans. Sa mère a 88 ans et vit encore relativement en bonne santé. Son père est mort à 90 ans d'une maladie inconnue. Il a un frère qui s'est toujours bien porté. Donc rien de remarquable au point de vue hérédité. Il y a bientôt 40 ans, le malade fit un séjour à Jérusalem où il fut atteint de malaria durant 6 mois. A la suite de son impaludisme, il fut pris d'une anémie profonde.

Il y a 20 ans, il a été en Afrique où il fit encore de l'impaludisme pendant 4 mois. Il se rendit alors en Roumanie où il fut guéri totalement de son infection paludéenne.

Etabli à Constantinople dans la suite, il eut à souffrir d'une bronchite suspecte avant 16 ans. Il eut des crachats sanguinolents à plusieurs reprises, ce qui le fit considérer comme étant atteint de tuberculose pulmonaire. Ce diagnostic n'avait cependant pas été admis par tous les médecins qui l'ont vu alors.

A un moment donné, on le supposa être atteint de syphilis. Le regretté Bujès ne se serait pourtant pas rangé à cet avis. Une réaction de Wassermann faite 14 années auparavant à Vienne avait donné un résultat négatif.

Le malade n'a jamais manié les composés de plomb.

Il n'a jamais eu de melaena.

Il n'a jamais eu d'hémorrhagies.

(à suivre)

MORTALITÉ DE LA VILLE DE CONSTANTINOPLE

du 2 au 29 Mars 1924

Causes des Décès

	Décès
Peste	—
Typhus exanthématique	—
Fièvre Typhoïde	3
Dysenterie.	1
Variole	1
Rougeole	15
Scarlatine	6
Diphtérie et croup	6
Coqueluche	3
Erysipèle	1
Grippe.	29
Paludisme.	2
Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerp.)	4
Encéphalite léthargique	2
Autres affections contagieuses non spécifiées	1
Tuberculose (poumons, méninges, etc. etc.)	249
Méningite cérébro-spinale épidémique.	—
Syphilis	4
Affections du cerveau	126
Autres affections du système nerveux non spécifiées	27
Maladies du cœur et de l'appareil circulatoire	232
Pneumonie et autres affections de l'app. respir. non spécifiées.	360
Maladies de l'appareil digestif	56
Gastro-entérite des enfants	19
Affections des reins et voies urinaires.	62
Affections des organes génitaux	—
Affections du foie, pancréas et de la rate	8
Maladies communes non spécifiées	47
Maladies constitutionnelles non spécifiées	9
Maladies chirurgicales	—
Maladies congénitales et vices de conformation	135
Morts-nés	41
Sénilité	102
Tumeurs malignes	30
Morts violentes (suicide excepté)	7
Suicide	3
Accident d'accouchement	1
Fièvre récurrente.	1
Total.	1593

DERNIÈRES PUBLICATIONS MÉDICALES

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 27-PARIS

Monteuuis. L'alimentation naturelle chez l'enfant. in 8, 278 pag. cartonné 8 f.

Parhon & Goldstein. Traité d'endocrinologie; tome 1 La Glande thyroïde; fascicule 1 in 8, avec figures, 466 pages. 35 Frs.

Lian. Année Médicale Pratique. in 8, 3^e année, 525 pages. 20 frs.

Chahine. Pathologie obstétricale (leçons dactylographiées; clinique de Baudelocque avril 1923) . . . 15 frs.

Favreau. Ce qu'il est indispensable de savoir sur l'hygiène de la femme et de l'enfant; in 8, 60 pages. . . 2 frs. 50

GASTON DOIN, ÉDITEUR,

8, Place de l'Odéon, Paris (VI^e).

Syphilis du Cœur et de l'Aorte.

Par Louis Brin et Léon Gignoux, anciens Chefs de clinique à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. de 229 pages, avec figures dans le texte . . . 15 frs.

(Un exemplaire de cet ouvrage a été gracieusement cédé à la Bibliothèque des Pages Médicales)

Traité d'hématologie clinique.

Par J. Rieux, Médecin-Principal de 1^{re} classe, Professeur au Val-de-Grâce, 1 vol. in 8^o (16x24,5) de 770 pages avec figures dans le texte et 16 planches en couleurs hors texte. . . . 70 frs.

Franco, France. 72 frs.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

120, Boulevard Saint-Germain, 120 — PARIS — VI^e Arr.

Précis de Chimie Physiologique.

9^e édition Par le Dr. Maurice Arthus, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne. 9^e édition, 1921, 1 vol. in 8 de 451 pag. avec 115 figures dans le texte et 5 pl. hors texte en couleurs (*Collection de Précis médicaux*). Broché, . . . 20 frs. Cartonné 22 frs.

Précis de Biochimie. 3^e édition.

Par le Dr. L. Lambling, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. 1921, 1 vol. in-8 de 723 pages. Broché, 25 frs.; cartonné toile, 27 frs.

Variations biochimiques du rapport nucléoplasmique, au cours du développement embryonnaire, par Éliane le Breton et G. Schaneffer. 1922. 1 vol. in 8 de 196 pag. avec fig. 15 frs.

Rôle des Colloïdes chez les Êtres vivants.

Essai de Biocolloïdologie, Par A. Lumière. 1921, 1 vol. in-16 de 311 pages avec 19 figures, et 14 planches hors texte, 16 frs.

L'origine et l'évolution de la Vie.

Par H. Fairfield Osborn, édition Française avec préface et notes par Félix Sartiaux. 1921, 1 vol. in-8 de 304 pag. avec 126 illustrations et fig. . . 25 frs.

Précis de physique biologique.

7^e édition. Par G. Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, membre de l'Académie de médecine. 5^e édition revue. 1922, 1 vol. in-8 de 576 pages, avec 584 figures, broché, 18 frs.; cartonné, 22 frs.

سمو لفار سه نول

سيويل و عسكرى خسته خانه لرده قبول اولمشدر .

فرنگى به فارسى

نزلکسى اک آر : آرسه نوکسیدی بو قدر، سببی دیگر آرسه نونیز نلردن ۲-۵ قات دها آر در.

استعمالی اک قولای : صوده چابوق حل اولور. داخل ورید، بین العضلات، تحت الجلد بلا وجع زرق ایدیایر.

تأثیری اک بیوک : هر وقته نك خصوصاته تطبیق اولانه بیلیر، بیوک دوز لره شدتلی تداوی، تأثیری سریع، عمیق و دوام لیدر.

نمونه و ایضاحات: غلطه ده و یووده خائنده و ژان بهره افندی دن طلب اولنور

آغو منسین

قادیلرک عادتى

تحريك و جلب ايدر

کونده ۳-۹ قومپریمه

سیستو منسین

قادیلرک عادتى

تحوين و تنظيم ايدر

کونده ۳-۶ قومپریمه

آندوقرین موادی افزای
برقانون منظم اوزرینه جریان
ایدیور .

قادیلرک عادت اضطراتی
بو قانونک تزلیندن ایلری
کلیدیور .

بناء علیه بو اضطراباتک
تداویسی بو قانونک تنظیم
و تطبیقته سربوطدر .

بویسه انجیق تأثیری معین
اولان مواد اجزایه سایه
سنده اوله بیلیر .

لابوراتوار سیبا

لیئون - پلاس موران، ۱

« رەزىل »

غلىسرو غاياقول ائزىدر

غاياقول مستحضەرلىرىنىڭ كەۋزىدەر ئۆي-شەرنى خىستەلقىردە
لەقائىت وسقرو فولوز دەتدرىك ھەنوع نطاهراتىدە تداوى قىلى الدە ائىك
ئىچون بىكانە واسطەدر .

شەروب باستىل و آمبول خالىدە بولنور

باستىلىدىن كۈندە
۳-۵ عدەدە قدر

شەروبىدىن كۈندە
۳-۵ قەھۋە قاشىنى

چوچوقلىردە نصف دوز قوللانباير

آنيودول

ANIODOL

داخلا و خارجا قوللانباير كە قوتلى بر مضاد تعقندر

داخلا (Aniodol Interne) — تخميرات معديە و معائىدە، شير
خوارلردەكى يشىل اسهالە، ذات الامعاده، آميبى ديزانتەرىدە،
تدرن امعاده، حماء انتائىلردە

خارجا (Aniodol Externe) — فن دلادە و نساىدە، جراحىدە
قوللانباير.

— ھەر مەم اجزا خانەلردە و اجزا دپولرندە بولونور —

(رمد زواتا) لر و بر مشدر. مثلا (۱۰۰) ده (۲,۵) میلگرام سولوسیونی حیوانک
تومورینه انژکته ایدیه تومور liquéfié اولور و بر کیست حالته کلیر. بش
انژکسیوندن سوکرا بوتومور بوش بر (poche) کبی اولور بوراده تومور
سه لولاری بر (ده زده سانس قولوشیدال) ه معروض قالیر وسه لولارک (نووایو)
سند (Pycnose) تشکل ایدم رک خراب اولور.

Caspari و Neuberg ک تجر به لرندن سوکرا آغیر معدنلرک مثلا آلتون
پلاتین، Iridium, Ruthenium, Rhodium معدنلرک قومپوزیسیونلری
استعمال ایدیلدی. باخصوص cuivre و zinc دن ای نتیجه له تأمین ایدیلدی
سوله نیور. حتی تأثیرلری انژکسیوندن بر قاچ ساعت سوکره کوریلور و
(poche) لر تشکل ایدیور. نهایت وقتله Wirner طرفندن قوللانیلان
cholin و encytol دخی بوراده ذکره شایاندر، بو علاجلرله تومور سه وللری
سانسیلرزه ایلک اوزره استعمال و سوکرادن de Riöntgen Rayon تطبیق
ایدیلوردی. فقط بونلرله ای نتیجه اله ایدیله مشدر.

(Levin) کوره لوقال تداوی اشناسنده (اوپراسیون و رادیوتراپی)
آرسنیک قومپوزیسیونلری و اییود قوللانیلر سه موفقیت دهه فضلده در مومی الیه
Alival بالخاصه ترجیح ایدیور. Argent قومپوزیسیونلردن Argo flavin
دخی مدح اولنیور. بو علاج سوپوره تومورلرده انژکسیون صورتیه ای ای
فایده لر تأمین ایدر.

شمعی Immunothérapie بحثه کیورم: بنده کز وقتله Eppendorf
خسته خانه سنده ایکن اورانک Institut pour les recherches du cancer
ک شه فی (V. Dungern) ک بعض تجر به لرینی کورمشدم. اوراده فارملر
اوزرنده بیودیلن قانسرلردن بر Sérum cytolytique پاییلردی. بوسروم
Epithelle سولولاری اوزرینه résolutif کبی تأثیر ایلوردی. بو و بوکا
بکزر تجر به لرندن سوکرا Immunothérapie قانسرده تطبیق ایدیلکه
باشلانمشدر، ینه عینی خسته خانه نک دو قورلردن Kotzenberg پادینی بر
سروم آمولسیونیه انسانلرده تجر به لر پاییلوردی.

تشخیص زدن اول قانسر سه لولاری voie sanguine و lymphatique ایله وجوده یاییدیفنی تعیین ایده جک بر واسطه من یوقدر. وجود بر طاقم ده قانس قوتلره مالکدر. بعض احوالده بوسه لولارک ایلرله مسنه مانع اولیور. مثلاً، Schmidt و Lubarsch ک اوبسرواسیونلرینه کوره (abdomen) ک آشای قسمندن حاصل اولان بعض قانسرلر، poumon لرده مه تاستاز یایارلر فقط بو مه تاستازلر کندیلکندن تکرار ژائل اوله بیلورلر. احوالده وجود قانسر سه لولاری محو ایدیور دیکدر. (Levin) مه نظر آره هانکی بر قانسری اوپراسیون ویا (رادیوترپی) واسطه سیله اینی ایتکله وظیفه منی بتیرمش اوله مایز. اصل تومرک ده ستروکسیون ائساننده وده ستروکسیونندن صوکره وجودده کی مه تاستاز احتمالی دوشونملی و اوکا کوره برطاقم دیگر سلاحلره مراجعت ایتملیز. وجودده هر وقت موجود اولان deffence زیاده لشدیرمک باشلیجه مقصد من اولمیدر. ایشته Chemotherapie و Immunotherapie بزی بلکه بو مقصده یاقلاشدیره بیله جکدر.

Chemotherapie یکی بر شی دکلر. سنه لردنبری آرسنیک préparé لری وایبود composition لری (تومور مالین) لره قارشى قوللانیلیوردی. صوکه زمانلرده argent و سیلیکانلر دخی قوللانیلمقده در. معلومدرکه آرسنیک لثفوصارقه مارده پک زیاده استعمال ایدلش و بعضاًده موفقیت کوراشدر.

وقتیه Chemotherapie (Ehrlich) سنی تأسیس ایتدکدن صوکره Welden Atoxyl Blumenthal ی تومور مالینلرده توصیه ایلشدی. Van der تو مورلرده فضله ایدوله تراکی اوبسروه ایلدیکنندن Levin و سائر Iodé و Alival ی قوللانیلمه باشلادیلر. بوندن بشقه Argatoxyl Argoflavin, Fulmargin, Dispargen موفقیتله استعمال ایدنلر اولمشدر. (Gosio) نک تجزیه لرندن آکلا شیلدیفته کوره تومور (سه لولاری) (Selen) و (Fellur) سولوسیبونلرنده خراب اولیور. مقروضوب ایله معاینه لرنده مذکور معدنلر سه لولارک noyau سنه قدر نفوذ ایتدیکی کوریلمشدر. (Rosin-Selen) ایله حیوانلرک تومورلری اوزرنده ایدیان تجزیه لر positif

تراپیده‌الده ایدیان resultat لریك سونو كدر. قانسركچد كدفصو كرا membrane muquese اواسه راسیونلر اولیور Oesophaye قانسری رادیوتراپی ایله ایی ایدیه مییور . بلسكه ده رادیوم سه مئومایك اوله رق بر مدت تأثیر ایدر . خسته لر ایر كیچ اولیور لر .

بز Chirugien لری اشفاد ایدن séin قانسریله فضله اوغراشاندلردن بری اولان Opitz (۱۰۰) ده (۱۹۲۰) دائمی شفا قید ایدیور . Wintz و Seitz ده او پتیه میستدرلر . حالو كه جراحلردن Lebsche, Sauerbruck (۱۰۰) ده (۴۰-۶۰) Perthes (۱۰۰) ده (۵۰) (cas) لرده اوپراسیونله دائمی guérison كورمشلر . Blumenthal اوپرابل (قا) لری دخی رادیو ایلیور . هپكسز بیلورسكسز كه Kelaitidi دخی اوتدنبیری رادیوتراپی طرفدار ایدر . بو خصوصده بی طرفانه استاتستیکلر همان یوق کیدر .

رکتم قانسری : رادیوتراپی ایله اولان قانسر آزچوق واردر فقط بزی عملیاتدن واز كچیره جك قدر بازلاق دكلدر .

داخلی (اورغان) قانسرلری ، مثلا . معدة ، Poumon, Intesten Vésie, rein و سائر اعضا قانسرلرنده رادیوتراپی مع التأسف هنوز عاجر بولنیور . شمیلیك (اوپراسیون) . مراجعت ایدیه بیله جكمز كبی بعض (cas) لرده دخی (رادیوتراپی) بی تطبیق ایدیه بیلیرز .

بوكون بر چوق قلیبقلرك قانسر تداویسهنده تعقیب ایتدكلری یول شودر : اوپراسیون صوكرادن Postopérative قوتلی رادیوتراپی . . . یالکز Perthes و Halbstädter رادیوتراپی به لزوم كوریسورلر . زیرا recidive فضله اولور ظنهنده درلر .

بتون بو معروضاتدن آكلاشیلیور كه جلد ، Uterus و بدرجه به قدرده Sein قانسرلری رادیوتراپیدن اولدقجه متأثر اولیور . دیگر اورغان قانسرلری ایچون هیچ نرشی سوبله نه من .

هرحاله هر ایکی (مه تود) ده (اوپراسیون و رادیوتراپی) دخی Récidive و مه تاستاز واقع اولمقده در . بونك سبنی (Levin) ایی ایضاح ایدیور . دیور كه تداوی به باشلا دیغمز زمان قانسرك یالکز لوقال برخسته لق اولدیغنی بیله مه یز .

استانبول پاڙ مهديقاللري

علوم طبيه واجزائيه شهرى مجموعهسى

منزومات

صفحه

قانسرك موجود اصولرله تداويسى (دوقتور برهان الدين) ۳۲

قانسرك موجود اصولرله تداويسى

(۱۷نجى نومرونك دواى و ختام)

دوقتور برهان الدين

بو قسم اوتورلك الده ايندكلرى نتيجه محلفدر. هر حالده قارشيق (Cas) لردر Résultats لرى (۱۰۰) ده (۲۵) الى (۴۵) آره سندهدر. پالكز Opitz ده اويتميسنيدر، شفا (۱۰۰) ده (۹۰) قدر چيقارييور (Seitz) ايسه (۵۰) به قدر .

ديكر طرفدن بر چوق ژه نوقولوزى قلينيقلرى (اوپراسيون) ى ترجيح ايدبيورلر Bumm قسماً اوپراسيون طرفداريددر. Strauss نظرآ ۲۳ آلمان ژه نوقولوزى قلينيقدن (۱۶) سى اوپراسيون پاييور (طبيى اوپرايل قالرده). فقد بونلردن Cancer du sein ايچون (راديوتراپى) ى ترجيح ايدنلر وار در. هر حالده Uterus قانسرنده (راديوتراپى) دن ابي نتيجهلر الده ايدبيور. ديكر قانسرلر تداويسنده اك موافق يولى بولق اولدنجه كوج در.

موقفيت، نومورك راديوسانسييلته سنه تابعدر. پك forme maligne لرى Rayon دن چاپوق متاثر اولورلر. Cancer de la langue و Amygdale قانسرلى راديوتراپى ايله ابي ايديلن cas لار واردر فقط پك آزدر. بونلرده (اوپراسيون) دخى ده فنا نتيجهلر ويرييور.

Lungling وساثر برطاقم اوتورلره نظرآ Larynx قانسرنده راديو-

اعبره — «استانبول پاڙ مهديقاللري» مجموعه سنى تحرير آ طلب ايدن

اعلما افتدليلره بجانآ كوندريله جكددر.

VALEROBROMINE LEGRAND

SÉDATIF ÉNERGIQUE DES CENTRES NERVEUX

Pas d'accidents de Bromisme comme avec les Bromures minéraux

Pas d'irrégularité d'action comme avec les Valériannes

CALME

rapidement les Névralgies diverses, la Neurasthénie, l'Epilepsie, l'hystérie, l'Insomnie due à l'agitation fébrile, la Coqueluche, les Toux irritantes dites nerveuses, l'Asthme, etc.

LIQUIDE 0.50 de bromovalérianate de soude par cuillerée à café.

CAPSULES 0.25 de bromovalérianate de magnésie par capsule.

Vente en Gros, Échantillons et Littérature :

DARRASSE FRÈRES, 13 Rue Pavés, - PARIS

DÉTAIL : Toutes Pharmacies

بودری

فیتین

فوسفورلی علاجلرک اک کوتلیسیدر. چونکه نباتی الاصلدر

فوسفور - کالسیئوم - ماغنیزیوم

بودری			
قاشه	۰,۵۰	یومیہ ایکی دانہ	
قومپرہ	۰,۲۵	« درت دانہ	
غرائولہ		« ایکی قہومہ قاشینی	
لیکید		کوندہ ۱۰ داملہ ایکی دمنہدہ	

بش شکل

Phytine

EN 5 FORMES

poudre dose à indiquer par le médecin

cachets à 0.50 2 par jour

comprimés » 0.25 4 » »

granulés 2 cuillères à café

liquide 40 gouttes par jour en deux fois

LABORATOIRES CIBA

استانبول

پاژ مددیقالری

علوم طبیه و اجزایه شهرى مجموعه‌سی

مدیریت: ژانہ برہ مدیر و مسؤلی

غلطه‌ده و یووده خاننده نومرو ۱ — تلفون: بک اوغلی ۲۵۲۴



سُرق مرکز امزاجارخانه‌سی

اجزای طبیه، کیمویه و عطریات ده‌پوسی
طوبدن و پراکنده صائیش

مرکز اداره‌سی: سرکه‌جیده خوراسانیجیان خاننده
ده‌پوسی: آنقره خانی. خوراسانیجیان خانی و باب عالی جاده‌سنده

شعبه‌لری:

سرکه‌جیده آنقره خاننده بک اوغلنده تونل اتصالنده نومرو ۶
استانبولده باغچه قیوده نومرو ۷ جاده کیرده ۲۲۳/۵
غلطه‌ده کوپری‌باشنده ۵ قاضی کوپنده موقتخانه جاده‌سنده ۲۴

دوقنور و اجزای بکله رقابت قبول ایتیه جک صورتده
خصوصی فیاتر پالمشدر .

فرانسز مطبعه‌سی ل. مودیکده‌س

Pages Médicales

de Constantinople

REVUE MENSUELLE : des Sciences Médicales & Pharmacologiques

Administration : J. BERT, Directeur-Administrateur

Voivoda Han, No. 1 - Galata — Téléphone : Péra 2524

Droguerie Centrale d'Orient

EN GROS

ARTICLES D'HYGIÈNE
DROGUERIE

Spécialités Pharmaceutiques

Articles choisis et authentiques des meilleures marques.

SIÈGE SOCIAL : Stamboul-Sirkédji — Khorassandjian Han.
Téléphone : Stamboul 52

DÉPOTS : Angora Han — Khorassandjian Han & Babali

SUCCURSALES

Stamboul, Angora Han, Sirkédji
Stamboul, Bagtché Capou 7
Galata, Place du Pont 5

Péra, Place du Tunnel, 5
Péra, Grande Rue 223-5
Smyrne, Rue Franque 77

Kadıköy, Rue Mouvakathané No. 29

Maison d'Achats à Paris

Imp. Française L. MOURKIDES



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE



Marque Déposée

PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST

LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine
résout le problème de la Médication
phosphorée

Trois
Formes

Cachets	a 0 gr. 50 : 2 par jour.
Comprimés	a 0 gr. 25 : 4 " "
Granulé	: 2 cuillères a café " "

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND - LYON

PRIX ORFILA — PRIX DESPORTES. — ACADEMIE DE MEDECINE DE PARIS.

DIGITALINE

cristallisée

NATIVELLE

*Agit plus sûrement que TOUTES
les autres Préparations de Digitale.*

GRANULES au 1/4 de milligr. (blancs)
GRANULES au 1/10^e de milligr. (roses)
SOLUTION au millième
AMPOULES de Digitaline injectable
(1/4 et 1/10^e de milligr.)

Dosage rigoureux

ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRE NATIVELLE
49, 64 de Port-Royal, Paris.

PAGES MÉDICALES DE CONSTANTINOPLE

REVUE MENSUELLE MÉDICALE & PHARMACOLOGIQUE

SOMMAIRE

	Pages
Nécrologie	I
Mortalité de la ville de Constantinople	III
Dernières Publications Médicales.	IV
Communication par M. Victor Bey Galimidi, sur un cas d'ictère hémolytique acquis (Suite et fin)	309
Compte-rendu des séances de la Société des Sciences médicales des 1, 8, 15, 22, 29 Février et des 7, 14 Mars 1924.	315
Communication par M. Barbouth à propos de quelques cas d'infection chirurgicale traités par le Propidon	331

Nécrologie

Le Docteur Ahmed Nouredine Bey

Le triste devoir qui m'incombe aujourd'hui, de faire l'éloge de feu le Docteur Ahmed Nouredine m'est doublement imposé par le fait que j'ai considéré le défunt comme un père; en second lieu parce que je le remplace comme Médecin en Chef de l'Hôpital Hasséki, où j'ai travaillé avec lui comme accoucheur et gynécologue et collaboré pendant presque 18 ans à ses travaux, et enfin parce qu'il faisait partie de la Société des Sciences Médicales dont j'ai aujourd'hui l'honneur d'occuper la Présidence.

Nouredine Bey, Médecin, était fils de Médecin. Il embrassa dès son jeune âge la carrière de son père, feu le Docteur Basri, et

NOTA.— Le service des « Pages Médicales de Constantinople » sera fait gratuitement à tout docteur qui en fera la demande.

grâce à sa vive intelligence et à ses facultés, secondées d'un caractère toujours agréable et égal, il conquiert rapidement l'estime générale.

En effet, tout jeune homme, il était déjà le chirurgien de l'Hôpital où il devait occuper, plus tard, la charge de Médecin en Chef.

Comme je l'ai dit avec émotion en présence de son cercueil, devant le nouveau pavillon de chirurgie, en construction, et qui était presque entièrement son œuvre, mais à l'inauguration duquel il n'aura malheureusement pas pu assister, Nouredine Bey a rendu de très grands services à l'extension de la chirurgie en Turquie.

· Ayant été se perfectionner à plusieurs reprises à Paris, dans différents services et notamment chez le Professeur Tuffier, son Maître, qui l'affectionnait beaucoup et pour lequel en retour il avait beaucoup d'affection et de vénération, il rapporta les méthodes nouvelles et l'esprit connu depuis des siècles de la Science française, et sans hésitation, il aborda la chirurgie abdominale à un moment où elle était pratiquée avec beaucoup d'hésitation même dans les différents pays plus avancés que le nôtre.

Bien qu'ayant pratiqué toutes les branches de la chirurgie, il excellait surtout dans la chirurgie abdominale et il opérait avec une habileté que lui auraient certainement envieé beaucoup de confrères réputés pour la rapidité et la sûreté de leur technique.

Toujours bon envers ses malades, correct avec ses collègues, affable et paternel envers ses subordonnés, le défunt laisse un souvenir douloureusement ému parmi nous tous.

Le 9 Mai 1924.

Dr Orhan Tahsin

INSTITUT PASTEUR DE PARIS

SÉRUMS & VACCINS

préparés par le service de Sérothérapie

DATE DE VALIDITÉ GARANTIE

Dépositaire exclusif: J. BERT, Constantinople

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Communication faite le 1er Février par M. VICTOR BEY GALINIDI

Sur un cas d'ictère hémolytique acquis

(Suite et fin)

Il y a 5 mois, il eut des déboires, des chagrins et des émotions. C'est depuis 3 mois qu'il accuse une faiblesse générale, que son teint est décoloré et qu'il souffre de temps à autre de douleurs à l'hypocondre droit. Quand pour la première fois je vis le malade qui se présentait pour être admis à l'hôpital Or-Ahaim, son aspect général et son teint me firent supposer une anémie assez prononcée dont l'origine était à déterminer. S'agissait-il d'un néoplasme, d'une leucémie, d'une anémie post-hémorrhagique, d'une anémie pernicieuse, progressive, etc.? Je ne pouvais le savoir et je me souviens que le premier jour, à ma visite, j'avais demandé à examiner les selles pour voir si la réaction de Weber me donnerait un résultat positif, ce qui ferait diriger mon attention sur une hémorrhagie occulte d'origine ulcéreuse, cancéreuse, parasitaire ou autre.

Le résultat de cette recherche fut négatif. Du reste, le tube digestif du malade ne présenta dans la suite rien qui pût cadrer avec aucune de ces hypothèses.

A l'examen du malade, je ne trouvai aucun indice pouvant m'éclairer sur la nature du mal.

Comme symptômes objectifs, je ne voyais qu'une coloration un peu jaunâtre des conjonctives, une rate percutable et difficilement palpable. Rien au foie, rien au cœur, presque rien au poumon, si ce n'est une toux insignifiante qui apparaissait de temps à autre depuis la date éloignée où il avait expulsé quelques crachats sanguinolents; du reste, pas de fièvre; l'examen ne donnait rien du côté des poumons et les crachats que nous avons fait examiner tout dernièrement ne contiennent pas de B. de Koch. Les fonctions digestives non plus ne nous fournissaient aucun symptôme capable de nous édifier sur l'origine de l'anémie. Le malade se plaignait d'un léger flux diarrhéique qui céda facilement sans laisser de trace. Depuis longtemps, l'estomac et les intestins fonctionnent dans un état normal. Cependant nous avons quand même cherché à plus d'une reprise des parasites dans les matières fécales où l'on n'a pu rien déceler.

Le système nerveux est intact.

La note dominante dans les symptômes présentés par le malade

étant le teint anémique assez prononcé, nous avons demandé un examen du sang ayant en vue pour le moment la numération des globules rouges et des globules blancs. En voici le résultat :

Globules rouges.	3.120.000
» blancs.	6.900
Hémoglobine :	diminuée.

Le laboratoire nous faisait savoir en même temps qu'on a observé des globules rouges déformés et des myélocytes.

Donc chez mon malade, il n'y avait pas leucémie (glob. bl. 6.900). Le microscope nous indiquait l'existence d'une hypoglobulie, d'une anémie plastique, d'une anémie accompagnée de réaction médullaire, confirmée d'ailleurs par les examens ultérieurs dont je vais vous entretenir dans un instant.

Anémie avec réaction médullaire.

C'était là un diagnostic manquant évidemment de précision.

Il a fallu poursuivre nos recherches.

Une seconde numération de globules rouges que nous avons fait pratiquer, une semaine environ après l'entrée du malade à l'hôpital, nous donna 4.300.000.

Une rénovation des érythrocytes s'était donc produite rapidement.

Était-ce là le résultat du traitement que nous avions institué, traitement qui ne consistait qu'en l'administration de 0,50 cent. de protoxalate de fer *pro die* ?

Nous ne le croyions pas et cette réparation trop rapide des gl. r. nous fit penser à l'ictère hémolytique où, comme on le sait, on observe des aggravations et des améliorations alternatives accompagnées respectivement de la diminution et de l'augmentation du nombre des hématies.

Cette supposition nous semblait d'autant plus fondée que la teinte jaunâtre des conjonctives pouvait bien être la manifestation d'un ictère d'origine sanguine. Il restait à savoir si le subictère ne devait pas être rapporté à une lésion hépatique. Nous fîmes faire une analyse des urines qui nous donna :

Présence d'urobilline
Absence de pigments biliaires
Absence d'acides biliaires.

Nous étions devant un ictère dissocié, incomplet. Il n'y avait plus de rétention biliaire. L'absence de pigments biliaires dans les

urines, la réaction négative de Hay et l'absence également de décoloration des matières fécales l'excluaient totalement.

Widal et ses élèves ont attiré l'attention sur l'absence complète de tout phénomène clinique en rapport avec l'intoxication par les acides biliaries en cas d'ictère hémolytique. Chez les malades atteints de cet ictère, on n'observe ni prurit, ni bradycardie, ni un amaigrissement considérable. Notre malade ne présentait aucun de ces symptômes et les urines donnaient un résultat négatif à la réaction de Hay.

En outre, les urines des malades souffrant d'ictère hémolytique ne contiennent pas ordinairement des pigments biliaries. En général, on n'y trouve que de l'urobiline plus ou moins abondante.

Absence de cholestase.

Urobilinurie sans bilirubinurie.

Ce sont là les deux particularités intéressantes observées dans les urines chez les ictériques hémolytiques et c'était justement là ce que l'analyse des urines avait donné chez mon malade.

Mon diagnostic commençait à être confirmé.

Le tableau se dessinait ; mais il a fallu le compléter par des stigmates encore plus caractéristiques.

L'ictère hémolytique est une conséquence de la destruction des gl. r. qui libèrent une grande quantité d'hémoglobine. La bilirubine formée en excès aux dépens de cette quantité exagérée d'hémoglobine se précipiterait en partie dans la vésicule biliaire et y formerait des dépôts plus ou moins volumineux, des concrétions pigmentaires, comme on les a nommées.

Les crises douloureuses que l'on constate parfois chez quelques malades atteints d'ictère hémolyt., ces crises qui affectent parfois la forme fruste et qui consistent en une sensation de crampe d'estomac ou de détention douloureuse dans la région épigastrique, simulent, dans quelques cas, à s'y méprendre les crises douloureuses vésiculaires de la cholélithiase. On constate alors des douleurs à la région vésiculaire avec irradiation vers la base du thorax et vers l'épaule droite, avec des nausées, des vomissements, avec un accès fébrile passager et, ce qui achève de compléter le tableau de la lithiase, avec l'accentuation de l'ictère après la crise et l'apparition de bilirubine dans les urines.

Vous comprenez bien si l'on n'est pas alors porté à ne voir là que de la cholélithiase. Aussi ces crises vésiculaires sont-elles très importantes à connaître. L'on cite des cas où quelques praticiens

ont eu recours à une intervention chirurgicale quand il ne s'agissait que de simples crises de l'ictère hémolytique.

Notre malade n'a pas eu de très fortes crises ; mais nous l'avons vu accuser des douleurs qu'il localisait à l'hypocondre droit, et cela à plusieurs reprises.

Dans l'ictère hémolyt. la rate acquiert un volume plus ou moins considérable. Dans la forme congénitale, l'hypertrophie splénique est énorme. Tandis que dans l'ictère hémolyt. acquis le développement de cet organe est minime ; et chez notre malade, la rate était franchement percutable et palpable aussi dans les inspirations profondes.

Pendant les crises de déglobulisation où, comme nous venons de le voir, la maladie prend des allures graves, la rate se met à se développer d'une façon remarquable ; toute la région splénique est douloureuse à la palpation. Souvent il existe en même temps des vomissements et une poussée fébrile, à tel point que dans quelques cas on a cru avoir affaire à une péritonite, à une rupture ou à un abcès de la rate. Dans des cas pareils, il faut penser à l'ictère hémolytique.

Chez notre malade, nous n'avons jamais observé de crise splénique.

En dehors de ce signe négatif que l'on n'observe que dans des cas sérieux, un grand nombre de symptômes observés chez notre malade corroborait le diagnostic d'ictère hémolyt. Mais la véritable signature du mal devait être cherchée et trouvée dans les investigations concernant le sang. Ce qui caractérise le plus un ictère hémolyt. c'est les modifications hématologiques parmi lesquelles la fragilité globulaire occupe le premier rang. Nous savons que les gl. r. doivent baigner dans une solution de chl. de sodium à un taux normal pour qu'ils puissent garder leur intégrité.

Quelle est la proportion de la solution de sel dans laquelle les hématies, ne pouvant plus se maintenir intacts, l'hémolyse a lieu ?

Normalement, le sang hémolyse dans des solutions contenant de 0,42 à 0,48 % de sel. Dans l'ictère hémolyt. les gl. r. ayant perdu de leur résistance, l'hémolyse s'effectue déjà vers 0,50, 0,60 et même 0,70 %. La fragilité globulaire se trouve ainsi augmentée. Cette fragilité globulaire augmentée constitue le caractère fondamental de l'ictère hémolyt.

Nous l'avons cherchée dans le sang de notre malade et nous avons trouvé par le procédé mis en pratique dans ces circonstances

que le sang total, c'est-à-dire la recherche faite avec les gouttes de sang, ne nous indiquait aucun indice de diminutions dans la résistance globulaire.

Cela ne nous a nullement surpris, car nous savions par les recherches de Widal, Abrami et Bule que dans les ictères hémolyt. acquis où l'on n'observe aucune fragilité globulaire augmentée en se servant du sang total, on obtient par contre une fragilité prononcée évidente quand on met en contact des solutions salines les globules seuls.

Nous pratiquâmes la déplasmatisation du sang et nous fîmes la même recherche avec des gouttes d'une émulsion de gl. r. privés de leur plasma. Par ce procédé là, il nous a été donné de remarquer une fragilité sensiblement augmentée. L'hémolyse était manifeste à 0,50 %. Ce chiffre, qui paraît être faible, constitue encore un des caractères propres à l'ictère hémolyt. acquis.

La nécessité d'agir sur du sang déplasmatisé est donc un détail de laboratoire que l'on ne doit pas négliger.

Cette fragilité fut encore démontrée par l'hétéro-hémolyse. Du sérum sanguin d'une personne saine, mis en contact avec les gl. r. du malade, nous donna une hémolyse parfaite.

Notre présomption en faveur d'un ictère hémolyt. se renforçait tous les jours devant les résultats obtenus. Nous continuâmes nos recherches dans le sang où par des investigations répétées, nous arrivâmes à voir des modifications nous indiquant une réaction médullaire tendant à la rénovation des gl. détruits.

Ainsi nous avons remarqué :

1° Une augmentation notable du diamètre moyen des hématies : caractère propre à l'ictère hémolyt.

2° des gl. r. de dimensions inégales = anisocytose.

3° des gl. r. déformés : poikilocytose.

4° des gl. r. nucléées.

5° des gl. r. à granulations vitales.

Ces dernières manifestations sanguines sont des phénomènes secondaires communs à toute anémie et ne constituent pas à proprement parler un caractère distinctif propre à l'ictère hémolyt. Elles prouvent l'effort déployé par les organes hématopoïétiques en vue de réparer les gl. r. qui, en l'occurrence, sont détruits par l'hémolyse.

Je vous avais parlé des étapes traversées par les malades atteints

d'ictérie hémolytique. D'une phase de déglobulisation intense où le nombre des hématies peut tomber à un chiffre bien bas et où alors le malade présente une coloration plus foncée de son ictère, à un teint anémique plus pâle succède une autre phase de réparation où le malade semble être mieux.

Les gl. r. augmentent alors de nombre, arrivant aux confins de la normale, l'ictère perd de sa couleur foncée, le teint anémique fait place à de meilleures couleurs et le malade accuse un grand bien-être.

Notre malade traverse ces étapes alternatives de mal et de bien ; le nombre des globules rouges cherché à différentes époques varie en montrant des écarts et des différences très prononcées. La femme du malade nous déclarait dernièrement qu'il arrive des périodes où les couleurs sont presque normales et que ces périodes d'amélioration ne tardent pas à être suivies d'une phase où le mal semble faire des progrès alarmants.

Le diagnostic d'ictère hémolyt. était donc complètement vérifié. Les symptômes cliniques et les recherches de laboratoire étaient là qui le confirmaient. Et l'étiologie de cet ictère, où allions-nous la dénicher ?

La malaria est chez notre malade de date trop ancienne pour avoir le droit de lui faire jouer un rôle dans la genèse de cet ictère

La syphilis ? Je ne sais pas trop si l'on doit s'y arrêter. Pas de manifestations syphilitiques, réaction de Wassermann négative, et puis l'ictère hémolyt. s'observe souvent dans la deuxième période de l'infection.

Pouvions-nous parler de tuberculose ? Comment incriminer cette affection quand nous ne trouvons aucun signe stéthacoustique et quand surtout il n'y a pas de b. de Koch dans les crachats ?

D'autres infections ? D'autres intoxications ? Ma foi, peut-être. Dans tous les cas, à l'heure qu'il est, je ne suis pas en état de me prononcer nettement sur la cause véritable de l'ictère hémolytique chez mon malade. Du reste, la notion de l'étiologie n'est pas d'une grande importance dans le cas qui nous occupe.

Le traitement spécifique dirigé contre l'ictère hémolytique congénital que l'on sait être de nature hérédo-syphilitique n'a donné que des résultats médiocres à des hommes de science qui l'ont tenté.

En attendant de pouvoir arriver à la notion étiologique, j'ai suivi le conseil des auteurs qui traitent cette maladie symptomatiquement. Je me suis servi de protoxalate de fer, j'ai fait des injections de fer colloïdal, j'ai pratiqué des piqûres d'hémostyl et je fais de mon mieux pour entourer mon malade des conditions hygiéniques *ad hoc*.

Malheureusement, la situation financière ne nous permet pas ici, d'appliquer toutes les règles hygiéniques voulues.

Séance du 1^{er} Février 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président

Présentations.

M. OSMAN CHEREFEDDINE présente une série de tubes à essai où il montre côte à côte la réaction de Wassermann, et celle de Sachs-Yorghi, les deux qui ont été jugées les meilleures dans le dernier Congrès des Sérologistes à Copenhague.

M. VELIDJANIDI présente un calcul de l'urètre gros comme un haricot retiré par lui avec une pince de Colin.

A propos des cas présentés :

M. KOUCOULIS dit que, quoique ne s'occupant pas des voies urinaires, il a eu l'occasion, étant de passage dans un village, de retirer par la pince de Kocher un calcul du même volume chez un garçon de 6 ans. Le calcul s'était arrêté juste derrière le méat urétral, il y avait rétention d'urines dans la vessie et incontinence par regorgement. L'enfant a eu au cours de l'année deux crises de coliques sans hématuries.

M. ORHAN TAHSIN se demande pourquoi la radiographie n'a pas montré ce calcul.

M. VELIDJANIDIS (en réponse) explique que la radiographie avait été faite deux ans auparavant.

Lecture et adoption du Procès-Verbal du 25 Janvier 1924.

M. GALIMIDI lit sa communication « Sur un cas d'ictère hémolytique acquis ».

Discussion

M. ZENOPE se demande si en présence de ce cas on ne serait tenté de songer à la bilieuse hématurique.

M. André WAHRAM demande la profession du sujet.

M. GALIMIDI (en réponse.) Le malade est tailleur de son état. Il n'avait pas du tout d'hématurie et présentait très rarement un peu de fièvre.

Ensuite, et après une longue discussion, on décide de maintenir la cotisation à 2 livres pour l'année sociétaire 1923-1924, mais de l'élever à 3 livres pour l'année suivante et à condition que les encaissements soient effectués dans les premiers mois de l'année, à savoir Mars-Avril-Mai.

La séance est levée.

Séance du 8 Février 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président

Présentations.

M. CHILAITI présente 1° une femme d'environ 40 ans avec un cancer du sein, recommandée à lui par Greiwer Pacha. C'est le premier cas que M. Chilaitis reçoit avant qu'il soit développé au point d'être jugé inopérable. Il avait le volume d'une noisette, dur et immobile, et la peau présentait quelques plis. La guérison fut obtenue grâce à la Radiothérapie profonde et au radium. 2° il présente un petit cancroïde du dos du nez qu'il guérira, affirme-t-il, en quelques jours par le radium.

Lecture et adoption du Procès-Verbal du 1^{er} Février 1924.

M. SGOURDEOS lit sa communication sur « Deux cas d'ulcère perforants de l'estomac » et présente deux pièces dont l'une est la partie réséquée de l'estomac et portant l'ulcère, le malade ayant guéri, la seconde pièce montre une communication de la cavité de l'estomac avec la substance hépatique, suite d'une grosse ulcération de la petite courbure de l'estomac, ayant donné le change pendant la vie pour un abcès du foie.

Discussion.

M. BURHANEDDINE.— Il y a un grand nombre de procédés de traitement chirurgical de l'ulcère chronique de l'estomac et c'est parce que nous ne savons pas exactement sa pathogénie. Et notre rôle ne se borne pas à guérir le malade de ses symptômes actuels,

mais à prévenir aussi les mauvaises suites telles que : ulcère peptique, récidives, hémorragies. Pour le choix de tel procédé nous nous basons sur les résultats que nous montrent les statistiques ; celles au moins de ses maîtres en Allemagne sont favorables pour le Billroth 1. Etant donné que l'hyperacidité de l'estomac cause l'ulcère et que la muqueuse stomacale souffre en cas d'ulcère de gastrite chronique, il faut enlever la plus grande partie possible de l'estomac autour de l'ulcère. Ces derniers mois M. Burhaneddine a pratiqué trois Billroth 1 dont le dernier est publié dans le *Seryriat*, avec suites excellentes. En ce qui concerne le second cas de M. Sgourdéos, M. Burhaneddine considère que l'on ne devait pas faire la ponction exploratrice qui pourrait diffuser l'infection du foie, mais préférer une boutonnière sur la paroi abdominale et ainsi aller *de visu* ; en surplus il ne voit pas la nécessité de s'attarder à un traitement par l'émétine une fois l'abcès reconnu, mais aller directement à l'opération avant la période cachectique.

M. André WAHRAM s'étonne que M. Burhaneddine n'admette pas que l'émétine contribue à former une barrière autour du pus collecté dans le foie, et qu'elle empêche ainsi la diffusion de l'infection.

M. HAIDAR IBRAHIM voudrait connaître des statistiques de Pauchet, étant donné que M. Burhaneddine a cité celles de ses maîtres en Allemagne.

M. GALIMIDI a toujours traité les abcès du foie par l'émétine et le néosalvarsan et a très souvent obtenu des guérisons complètes sans recourir à la chirurgie.

M. ÖRHAN TÂHSIN fait mention des travaux que nous a présentés l'année dernière M. Osman Cherefeddine et où il a démontré, pièces en mains, que émétine et néosalvarsan font construire une barrière autour des abcès au foie.

M. BURHANEDDINE se défend d'avoir nié l'efficacité de l'émétine dans les abcès hépatiques, et a dit seulement à propos du second cas de M. Sgourdéos qu'une fois le diagnostic fait, on ne devait pas s'attarder par l'émétine et qu'il fallait opérer sur le champ l'ouverture et le drainage de l'abcès avant que la cachexie ne survienne, état dans lequel le chirurgien reçoit les malades d'entre les mains des internistes.

M. ZÉNOPE.— Qui dit hyperchlorhydrie, hypersécrétion des

glandes de la muqueuse stomacale dit hyperthyroïdie ; et qui dit hyperthyroïdie dit insuffisance testiculaire ou ovarienne. Se basant sur ce principe, M. Zénope traite trois cas d'ulcères de l'estomac par l'opothérapie testiculaire et ovarienne et n'a qu'à se louer des résultats obtenus.

M. FÉRID IBRAHIM s'étonne des accusations formulées par M. Burhaneddine contre la ponction des abcès, opération inoffensive, couramment exécutée et qui rend les plus grands services.

M. HANDJIAN demande si le malade était alcoolique.

M. GALIMIDI fait observer à M. Burhaneddine qu'un interniste avisé ne s'attarde pas avec le traitement médical de l'abcès jusqu'à l'arrivée de la cachexie, mais sait bien fixer le moment de l'intervention chirurgicale.

M. ORHAN TAHSIN dit que si la plupart des malades se présentent au chirurgien en état de cachexie, c'est de leur faute parce que ou bien ils ne se sont pas adressés plus tôt à un médecin, ou bien ils n'ont pas suivi un traitement *ad hoc*, ou un conseil donné afin d'opérer à temps.

M. SGOURDÉOS.— Avant les dernières guerres nous connaissions les abcès du foie consécutifs à l'entérite printannière et dûs aux staphylocoques, mais depuis nous avons connu la dysenterie amibienne, ses abcès et ses amibes. L'abcès du foie amibien évolue plusieurs fois en silence, un peu de fièvre, et quelques troubles dyspeptiques. La ponction avec aiguille fine que M. Sgourdéos pratique couramment en cas d'abcès au foie, ne lui a jamais donné des déboires ; il est vrai, dit-il, qu'il la fait, le malade sur la table opératoire, prêt à toute éventualité. Il craint cependant beaucoup la ponction du kyste hydatique, étant donné que le contenu de ce kyste se trouve sous grande pression et peut fuser dans le péritoine même par la petite plaie produite par l'aiguille fine. La boutonnière de la paroi abdominale serait recommandable, mais avec l'état d'esprit de nos malades il est bien difficile de la faire admettre.

M. SGOURDÉOS n'est pas d'avis que l'émétine puisse guérir définitivement l'abcès du foie ; il cite cependant un cas pris par un confrère pour un abcès péri-néphritique et opéré avec double drainage antérieur et postérieur, et où le drainage antérieur, faisant trainer en longueur le traitement par l'émétine, amena le tarissement. Il est cependant sûr que l'émétine produit l'organisation des parois de l'abcès.

Quant aux procédés opératoires, il dit que le Billboth I est théoriquement le meilleur parce qu'il aurait permis à la bile et au suc pancréatique de se verser librement dans l'intestin, mais en pratique on a un tiraillement du bout duodénal au bout stomacal inférieur.

D'ailleurs, l'importance du pylore a beaucoup perdu de sa valeur. Les hémorragies cessent après la gastro-entéroanastomose. L'ulcère peptique est une complication rare, lui-même n'en connaît que 6 cas sur 200 malades opérés, et parmi les procédés, c'est celui de Roux en Y qui donna le plus grand nombre d'ulcères peptiques et est aujourd'hui abandonné. Lui, M. Sgourdéos, préfère le procédé de Pauchet (postérieur) parce qu'il permet à une grande partie de la bile et du suc pancréatique de s'écouler dans l'estomac et neutraliser son hyperacidité.

M. ORHAN TAHSIN remercie M. Sgourdéos de sa belle communication et le prie d'honorer plus souvent notre tribune

Sont élus à l'unanimité membres de la Société MM. les Drs Isaac Béhar et El. Tapinos.

La séance est levée.

Séance solennelle annuelle du 15 Février 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président.

Lecture et adoption du procès-verbal du 8 Février 1924.

M. KOUKOULIS, Secrétaire des séances, lit le compte-rendu scientifique de l'année sociétaire 1923-1924.

M. AZIZ FIKRET, Secrétaire Général, lit le compte-rendu administratif pour la même année sociétaire.

Puis on procède à l'élection du bureau pour l'année 1924-1925.
Sont élus à la majorité absolue :

M. ORHAN TAHSIN, *Président*

M. ANDRÉ WAHRAM, *1er Vice-Président*

M. VICTOR BEY GALIMIDI, *2me Vice-Président*

M. AZIZ FIKRET, *Secrétaire Général*

M. ZACARIAN, } *Secrétaires des séances*
M. J. NAHOUM, }

M. ANTONACOPOULO, *Trésorier*

M. ALEXIADIS, *Bibliothécaire*

M. CHILADITIL, } *Secrétaires de la Rédaction*
M. SINAI, } *de la Gazette*

Après une courte allocution du Président, la séance est levée.
Et rendez-vous est donné à 8 heures pour le dîner annuel de la Société.

Séance du 22 Février 1924

Présidence de M. ANDRÉ WAHRAM, Vice-Président

Présentations.

M. OSMAN CHEREFEDDINE présente: 1° un malade souffrant de diarrhée, dans les selles duquel il a trouvé des amibes et des trichomonas. L'émetren et l'évétine ont fait disparaître les amibes, mais les trichomonas persistent et, avec eux, la diarrhée et l'amaigrissement. Le thymol ayant échoué, on administra au malade de la quinine et de l'ipéca et quatre jours après les trichomonas disparurent et le malade est maintenant guéri.

2° Il présente sous le microscope le suc d'un lepromie pris par ponction et contenant en masse des bacilles d'Hansen. On a trouvé du Hansen dans les autres lésions ainsi que dans le sang du malade qui est un lépreux caractéristique.

Discussion.

M. GALIMIDI rapporte avoir eu un enfant diarrhéique dont les selles contenaient des ascarides, des amibes et le lamblia intestinalis. Ce dernier n'a disparu qu'avec un traitement aux fleurs de soufre. A propos de la lèpre, il pense qu'en général l'examen microscopique du mucus nasal et des autres lésions est positif et facile. Dernièrement, il a vu un malade avec des plaques ecchymotiques sur le corps survenant par poussées avec un peu de fièvre et des douleurs articulaires. M. Barbouth ayant constaté l'anesthésie de ces plaques pensa à la lèpre, mais l'examen microscopique de la sérosité soit après vésicatoire, soit après brûlure, pas plus qu'après biopsie, n'a donné des résultats positifs pour le Hansen. Le diagnostic reste donc en suspens.

M. HAIDAR IBRAHIM trouvant une grande ressemblance entre le B. diphtérique et celui de la lèpre, celui du rhinosclérome et de la coqueluche, tous trois pénétrant par les voies respiratoires, se demande si le sérum antidiphtérique ne pourrait influencer ces trois derniers comme il influe sur le premier.

M. RÉCHAD RIZA dit avoir vu plusieurs cas comme celui de M. Galimidi aux plaques ecchymotiques et qui évoluèrent dans la suite à la lèpre. Dans ces plaques ecchymotiques, on ne trouve pas le Hansen mais des diphtéridés non acido-résistants extra cellulaires

qui, avec le temps, évoluent et deviennent acido-résistants et passent ensuite au bacille de Hansen.

M. PORTIAS, se rapportant au cas de M. Galimidi, fait observer que l'anesthésie constatée est radiculaire, tandis que dans la lèpre elle est périphérique.

M. SALIH SUBHI parle sur la lèpre en Egypte.

M. ANDRÉ WAHRAM dit avoir suivi un cas aux plaques ecchymotiques dans le service de M. Brocq; l'examen microscopique fut négatif pour le Hansen, mais dans la suite le malade présenta une lèpre caractéristique.

En fait de traitement, il préconisa une émulsion d'huile de Chomoulgra en suspension colloïdale et en injection étant donné que Cartoulis Bey qui s'en est servi en Egypte, ainsi que plusieurs auteurs anglais et américains, s'en sont trouvés très satisfaits.

M. OSMAN CHEREFEDDINE n'attribue pas une grande importance aux lamblias intestinalis, ne trouve pas étonnant que le soufre, en sa qualité de parasiticide, puisse tuer les lamblia. Dans les taches ecchymotiques de la lèpre, on ne rencontre pas le Hansen. Les travaux dont parle M. Réchad Riza sont très intéressants et doivent être poursuivis. Quant aux opinions de Haïdar Ibrahim qui toucha la question de la transformation d'une espèce microbienne à une autre, on ne peut encore rien dire sauf qu'elle constitue un champ de travail très étendu.

M. ZÉNOPE lit sa communication sur « L'origine génitale de l'Obésité ».

Discussion

M. BURHANEDDINE se rapportant à trois cas qu'il a vus lui-même et à la destruction de la selle turcique constatée aux rayons, destruction due soit au traumatisme, soit à une tumeur, qui amena le syndrome dystrophique adiposo-génital, pense que c'est plutôt l'atrophie de l'hypophyse qui est cause de l'insuffisance génitale et de l'adipose.

M. GALIMIDI partage l'opinion de M. Burhaneddine, car c'est parmi les enfants, dit-il, que l'on rencontre le syndrome adiposo-génital comme suite d'insuffisance hypophysaire, ainsi a-t-il vu un enfant obèse avec testicules atrophiés et élargissement de la selle turcique constaté à la radiographie, le traitement opothérapique hypophysaire donna un résultat merveilleux.

M. OSMAN CHEREFEDDINE fait remarquer que les eunuques ne deviennent pas des obèses, tout au contraire. Il fait ensuite mention d'un cas qu'il présenta à la Société et où des lésions hypophysaires amenèrent l'adipose, l'insuffisance génitale et la chute des poils.

M. PORTIAS cite le cas de M. Valéry-Radot où l'adipose douloureuse accompagnait l'élargissement de la selle turcique, et dit qu'au dernier Congrès de Neurologie le rôle de l'hypophyse a été beaucoup discuté et mis en doute.

M. AZIZ FIKRET, sans être exclusiviste, se range plutôt du côté de M. Zénope, se basant sur les trois cas suivants: 1° Une jeune fille de 15 ans pas réglée, obèse au point d'être difforme, fait un traitement assez long par l'ovarine, et elle voit ses règles apparaître et son obésité reculer progressivement. 2° Jeune fille de 15 ans, pas réglée, pas obèse, mais aux seins pendant et état général mauvais, fait un traitement continu par l'ovarine et se trouve à tous points de vue améliorée, et de beaucoup. 3° Un jeune garçon très nerveux, insupportable, appartenant à une famille d'insuffisants génitaux, mange depuis 8 mois des testicules de mouton grillés, et il se porte à merveille, au grand étonnement de ses proches.

M. SALIH SUBHI se demande quel rôle pourraient jouer les testicules chez les enfants obèses puisqu'ils ne sont pas encore formés. Pour lui l'obésité des enfants est due à l'hypersecrétion salivaire, parcréatique et hépatique.

M. KENAN HASSAN rapporte que dans la clinique de Wertheim, il a vu plus de 800 cas de jeunes filles non ou mal réglées et qui toutes ont guéri par les injections de «protéine extra et ovariale».

M. ZÉNOPE en réponse, dit n'avoir à dessein pas touché la question hypophysaire étant donné que dans le dernier Congrès de Neurologie toutes les théories basées sur la fonction de l'hypophyse sont tombées à l'eau. S'il y a des cas d'obésité par insuffisance hypophysaire, ils doivent être une rareté, tandis que les cas par insuffisance ovarienne ne se comptent plus. Il cite le cas d'une jeune fille de 17 ans non réglée et ayant du sucre dans les urines; il lui administra de l'ovarine; le sucre disparaît et les règles apparaissent. Le traitement par extrait ovarien ou orchitique doit être très prolongé pour avoir des résultats.

La séance est levée.

Séance du 29 Février 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président

Présentations.

M. YAROUB présente un malade, porteur d'un gros ulcère calleux de l'estomac, chez lequel l'auteur n'a pas osé faire la résection, mais se contenta de la gastro-entérostomose. M. Yahoub en parlera plus au long dans la séance prochaine.

M. BARBOUTH présente un malade qui souffrait d'une gangrène du pied droit menaçant la jambe, avec des douleurs atroces et œdème, état dû à de l'endartérite syphilitique. Il est sauvé aujourd'hui grâce à l'opération de Leriche, à savoir la résection du sympathique pariétal de la fémorale que M. Barbouth lui fit, en étant ensuite obligé de la lier car, étant athéromatueuse, elle se cassa pendant les manœuvres.

Lecture et adoption du Procès-Verbal du 22 Février 1924.

M. BURHANEDDINE lit sa communication « Sur le meilleur traitement actuel du cancer ». (en turc).

Discussion.

M. OSMAN CHEREFEDDINE dit avoir vu chez Wassermann le cancer des rats fondre après 6-7 injections de sélénium-éosine, cette dernière substance servant de véhicule pour porter le sélénium jusque dans l'intérieur des cellules. Des expériences sur l'homme, il n'en connaît pas. Il est d'avis qu'à côté des rayons, il faudrait chercher des moyens biochimiques pour le traitement du cancer.

M. CHILAUDITI, se basant sur son expérience de vingt ans, ne prétend pas être arrivé à l'idéal avec les rayons et le radium, mais les résultats qu'il a obtenus sur des cas de cancer du sein et de l'utérus, jugés inopérables par les chirurgiens, l'ont convaincu que les rayons et le radium constituent aujourd'hui nos meilleures armes contre le cancer. Il repousse toute intervention chirurgicale, même le petit prélèvement pour biopsie, comme favorisant les métastases, et ses propres résultats les plus heureux furent justement ceux qui n'ont pas été préalablement touchés par le bistouri.

M. ANDRÉ WAHRAM cite les essais faits par le Professeur Lœper et par lui-même avec la pancréatine sur le cancer des souris, et

qui donnèrent des résultats merveilleux, mais aucun dans le cancer de l'homme.

M. KÉNAN TEVFIK demande où on en est du traitement du cancer par les injections sous-cutanées du mésothorium.

M. KÉNAN HASSAN dit que dans le dernier congrès en Allemagne, Oppitz, Doederlein, Wintz, Bumm, sont presque tombés d'accord qu'il faut d'abord irradier, puis opérer et ensuite irradier de nouveau. Ils préfèrent les rayons X au radium.

M. ZACARIAN dit qu'en France le Professeur Rigaud se sert des émanations du radium fournies par des aiguilles qu'il implante dans la tumeur, puis fait opérer et ensuite soumet aux rayons X.

M. ORHAN TAHSIN pense que cette façon accommode et met en collaboration le chirurgien et le radiologue.

M. BURHANEDDINE (en réponse). Le traitement du cancer par les rayons ne dépend pas autant de l'appareil que des connaissances biologiques du radiologue, chaque cancer ayant une constitution biochimique particulière, qui le rend plus ou moins sensible aux rayons.

Tout en préférant la radiothérapie, il trouve qu'il y a des cas, comme les cancers de l'estomac et du rectum, où il faut opérer. Le cancer des animaux est tout autre que le cancer des hommes.

Il considère que le radium n'est pas aussi pénétrant que les rayons X et il prétend que même les auteurs qui possèdent une grosse quantité de radium ne s'en servent plus.

La séance est levée.

Séance du 7 Mars 1924

Présidence de M. ANDRÉ WAHRAM, Vice-Président

Présentations.

M. CHILAUDITI présente : 1^o un enfant qui, sur le côté gauche du front, portait un hémangiome lequel, soumis au traitement par le radium, n'a disparu qu'au bout de six mois, laissant à sa place une place cicatricielle.

2^o Une dame qui, 10 ans auparavant, portait un cancroïde sur le nez, guéri par les rayons X; six ans plus tard, nouveau cancroïde de l'autre côté du nez, guéri par le radium; cinq mois

auparavant, nouveau cancroïde sur la nuque, également guéri par le radium. En plus, cette dame présente des naevi pigmentés qui pourraient dégénérer en cancroïdes.

3^e Une femme au cancer du sein avec ganglions, guérie par les rayons X quoique jugée inopérable.

4^e Une jeune femme qui fut opérée par M. Sgourdéos pour sarcome du caecum. Récidive quatre mois après, mauvais état général, douleurs, etc. La tumeur et les douleurs furent très favorablement influencées par les rayons X, mais les métastases sont toujours à craindre.

5^e Un homme de 27 ans, ayant une infiltration non inflammatoire de la joue gauche, datant de 20 ans. Est-ce un angiome profond ? On essaiera les rayons X et le radium.

Discussion à propos de ces cas.

M. BURHANEDDINE traite les angiomes volumineux par le bistouri ; quant aux petits, il se sert d'abord de la diathermie et puis applique les rayons qui, en la matière, n'ont pas un effet destructif, mais provoquent de la coagulation sur les cellules vasculaires. Pour les cancroïdes, il préfère les rayons au bistouri, car avec la radiothérapie, les récidives sont plus tardives et moins fréquentes. Pour le cas du sarcome de l'intestin, il est très pessimiste et préfère la voie sanglante suivie immédiatement de radiothérapie.

M. KENAN TEVFIK constate que M. Chilaïditi rejette complètement la biopsie comme moyen de diagnostic des cancers, mais lui relève sa haute importance pour le diagnostic d'un cancer qui débute à l'utérus par une érosion du col, et le diagnostic comporterait les indications du traitement.

M. CHILAITITI admet qu'on soit obligé parfois d'avoir recours à la biopsie pour le diagnostic, mais la rejette comme un moyen *sine qua non* pour le diagnostic. Quant à l'érosion du col de la matrice, il suffit d'une application de 20 heures de radium pour voir l'érosion se réduire dans le cas où elle serait de nature cancéreuse.

M. BURHANEDDINE présente un jeune homme âgé de 20 ans portant sur la région sacrée un sarcome du volume d'un petit melon. On y remarque une dent, une partie de la mâchoire, des cheveux, un vestige du pavillon d'oreille, des vertèbres sacrées, quelques os crâniens. On les voit par les rayons.

M. GALIMIDI présente un calcul du volume d'une petite noix, éliminé par voie intestinale. Il est rond, lisse, pèse 4 grammes. A

L'examen histologique on remarque des longues aiguilles entrelacées de cholestérine. M. Galimidi est convaincu qu'il s'agit d'un calcul de la vésicule biliaire. Ce calcul n'a provoqué ni jaunisse, ni fortes coliques, ni réaction péritonéale, ni fièvre. La malade, âgée de 70 ans, albuminurique, diabétique depuis 20 ans, a eu jusqu'à 75 gr. de glucose dans ses urines. Depuis sa jeunesse, elle se plaint de petites douleurs au ventre; 4 ans auparavant, elle a eu des vomissements, accompagnés d'hématémèse; on avait alors pensé à une crise d'occlusion intestinale, puis à la lithiase, et on lui avait administré l'huile d'olive.

L'année dernière, expulsion par l'anus de gros caillots de sang noir. M. Galimidi avait pensé à un ulcère duodénal, mais deux jours après, la malade se portait bien. Il y a six semaines, vomissements assez fréquents, langue sèche, oligurie et 5 gr. d'albumine dans ses urines; le lendemain tout rentrait dans l'ordre. Il y a deux semaines, la malade n'avait pas de selles depuis quelques heures; vomissements d'aspect fécaloïde mais sans odeur, ballonnement du ventre, pas de gaz; tableau assez complet d'occlusion; le poulx n'était pas encore altéré. Au toucher, rectum vide, sauf quelques cybales. Prescription d'huile de ricin par cuillerées à café; à la deuxième, dégagement considérable des intestins et élimination du calcul en question.

On comprend aisément, dit-il, que ce calcul n'a pas passé par le cholédoque; il est vrai que les gros passent plus vite que les petits, mais en suivant une autre voie, comme l'a fait remarquer le Prof. Chauffard. C'est-à-dire par un travail inflammatoire de la vésicule, les adhérences se forment au duodénum ou à l'angle colique, et le calcul tombe par perforation dans l'intestin. S'il tombe dans l'intestin grêle, il y a des coliques par spasmes de ce dernier. Dans ce cas particulier, il y a eu probablement adhérences avec l'angle hépatique du colon et le calcul est tombé dans le colon transverse. Etant donné qu'il n'y a pas beaucoup de spasmophilie dans le colon, la traversée a été courte, et en 24 heures le calcul était éliminé sans grandes douleurs. Il serait intéressant, dit-il, de constater par les rayons X s'il y a en effet communication entre le vésicule et le colon.

M. BURHANEDDINE.— Le calcul présenté par M. Galimidi est peut-être un calcul biliaire. Mais on ne peut écarter complètement l'idée d'un coprolithe vu les symptômes présentés. Le coprolithe, peut être composé de cholestérine et être aussi dur, sauf qu'à la

coupe on ne remarque pas de couches. Il est des fois que ces calculs sont assez volumineux et donnent lieu à une occlusion.

M. HANDJIAN fait remarquer qu'il aurait préféré, pendant la crise d'occlusion intestinale, administrer un lavement avec sonde, et en position déclive, de préférence à l'huile de ricin.

M. GALIMIDI. — J'ai pensé à l'entérolithe qui se produit à la suite des inflammations intestinales chroniques ; mais d'après mes connaissances, ces derniers sont composés de carbonate de chaux et de magnésie, et il n'y a pas de cholestérine ; j'ai ajouté de l'acide : pas d'effervescence ; en outre, le calcul flotte, et il n'est pas composé que de cholestérine pure. L'occlusion aussi est classique, ce que l'on appelle iléus biliaire. Quant à l'huile de ricin, la dose était petite ; à la 2^{me} cuillerée à café, le vidage de l'intestin a eu lieu, et le lendemain, le malade se portait bien ; le tout correspond au tableau décrit par le Prof. Chauffard.

Le Président remercie MM. Chilařditi, Galimidi et Burhaneddine pour leurs très intéressantes présentations.

M. ZANNI fait une communication au sujet du stovarsol (texte déposé).

M. HANDJIAN fait remarquer qu'on néglige depuis quelque temps l'habitude de citer les maladies régnantes, et à ce propos il cite un cas de scarlatine excessivement maligne qu'il a observé dernièrement. Jeune fillette de 10 ans, de forte constitution, tombée malade un samedi ; fièvre 40-40°5. Vomissements, le lendemain éruption, symptômes de myocardite infectieuse ; symptômes méningés, morte le lundi soir. En ces temps d'épidémie, on a observé des malades emportés en l'espace de 4 à 5 jours ; mais il est assez rare, dit-il, d'observer un cas aussi toxique, provoquant la mort en 70 heures.

M. GALIMIDI. — Les cas toxiques de scarlatine ne sont pas trop rares. Les malades peuvent être emportés des fois beaucoup plus rapidement, sans même avoir le temps de faire de l'éruption. En 12 heures, le sujet peut mourir, à tel point qu'il est classique de penser à la scarlatine, quand il y a un cas de mort rapide, en temps d'épidémie de cette dernière.

M. ZANNI rappelle la nécessité de revenir sur les anciennes habitudes de citer au cours des séances les maladies régnantes.

Le Secrétaire Général donne lecture d'une lettre de remerciements adressée par le Dr. Gabuzzi, par suite de sa nomination comme membre honoraire de la Société.

Il a été décidé de désigner dans une séance du bureau, 2 délégués qui se rendront auprès de lui pour lui transmettre nos félicitations.

Le Dr. Kénan Hassan a été admis à l'unanimité comme membre de notre Société.

Séance du 14 Mars 1924

Présidence de M. ANDRÉ WAHRAM, Vice-Président

Présentations :

M. BARBOUTH présente un malade qui a eu pendant très longtemps des ulcères variqueux des jambes, qui ont fini par se cicatriser. Mais depuis deux ans il présente sur les cicatrices un tissu bourgeonnant, enulcéré, que l'on aurait pris pour un épithélioma greffé sur une cicatrice. Cependant, la biopsie a montré du tissu inflammatoire. En outre, on voit qu'avec la pression on fait sourdre du pus, lequel examiné au microscope, donna seulement des spirilles ressemblant au *spirocheta pallida*.

Le Wassermann fait à deux reprises fut négatif. Il est vrai que des spirilles se trouvent dans des plaies infectées, mais toujours associés à des staphylos ou streptos. M. Barbouth estime qu'il guérirait son malade par le Néosalvarsan, mais il aurait voulu avoir l'opinion de ses confrères avant tout traitement.

M. OSMAN CHEREFEDDINE présente un malade qui, à la suite d'une dysenterie amibienne, a fait le cortège complet d'une inflammation du foie tendant à la formation d'un abcès, mais un traitement énergique par l'émétine a conjuré ce danger. Le malade cependant présenta des symptômes d'intoxication par l'émétine, affaiblissement général, asthénie cardiaque, œdèmes, hypotension artérielle, tous symptômes qui ont disparu par la suppression du médicament, le digalène et le repos.

M. CHILAUDITI présente un malade qui a eu une tumeur sur la région cervicale gauche, laquelle opérée récidiva deux mois après. M. Bahri Ismet qui a vu le malade attribua la tumeur externe à une tumeur mère du nasopharynx. La biopsie de ces tumeurs donna

comme résultat lymphosarcome. M. Chilaiditi a fait fondre la tumeur par la Radiothérapie profonde, et à la place de la tumeur il ne reste que du tissu fibreux, mais il craint les métastases et d'autant plus que ces tumeurs ont été touchées au bistouri.

M. KENAN TEVFIK présente une très intéressante pièce anatomique qu'il a obtenue par laparatomie. Une jeune fille de 14 ans souffrait depuis plus d'une année terriblement pendant ses règles, qu'elle voyait d'ailleurs régulièrement chaque mois. Plusieurs gynécologues qui l'ont vue parlèrent d'une tumeur dans le petit bassin à gauche et proposèrent l'opération que les parents ont rejetée. Depuis plus de deux mois la malade souffre beaucoup plus, elle est amaigrie au plus haut point, elle a des crises douloureuses même en dehors des règles et elle a du tenesme aussi. M. Kénan Tevfik a également diagnostiqué une tumeur fluctuante, kystique, remplissant le cul-de-sac de Douglas. Il proposa l'intervention qui fut acceptée et exécutée il y a trois jours. A l'ouverture du ventre, l'épiploon était fortement adhérent sur la présumée tumeur; une fois la libération faite, on se trouva en présence 1° d'une tumeur principale du milieu ayant l'aspect et le volume d'un utérus gravide de cinq mois; 2° sur le côté gauche de cette tumeur une tumeur plus petite, fluctuante, qui n'était que les annexes gauches en dégénérescence kystique, et inflammation — on a pu les enlever sans les crever; 3° à droite de la tumeur principale une seconde matrice rudimentaire, mais communiquant avec le vagin, enfin 4° à droite de cette matrice rudimentaire les annexes droites également en dégénérescence kystique. L'ouverture de la tumeur principale donna issue à une matrice comparable à la marmelade de prunes. La cavité de cette matrice était fermée du côté du vagin par une membrane très résistante qui a été forcée avec grande difficulté. M. Kénan Tevfik jugeant qu'on ne pouvait tirer aucun profit des organes génitaux internes de cette jeune fille a enlevé le tout et fait un drainage par le vagin. La malade se porte bien. Il s'agissait en somme d'un utérus bicornis bicolis dont le côté gauche, fermé du côté du vagin, donna lieu à une hémato-colpo-méto-salpingite.

Lecture est donnée ensuite des procès-verbaux du 29 Février et du 7 Mars, lesquels furent adoptés.

Discussion à propos des cas présentés.

Cas de M. Barbouth.

M. OSMAN CHEREFEDDINE dit que dans les préparations micros-

copiques, les spirilles vus ne sont pas des *spirocheta pallida*. Il se demande s'il ne s'agit pas là d'une syphilis tertiaire.

M. ANDRÉ WAHRAM demande quels sont les antécédents du malade au point de vue syphilis, et si la réaction de Wassermann a été faite après réactivation.

M. BARBOUTH (en réponse) dit qu'il a présenté le cas justement parce que le diagnostic n'a pu être définitivement posé et voudrait avoir l'opinion de ses confrères sur la nature des spirilles que l'on voit dans les préparations. Le Wassermann fut fait sans réactivation préalable.

Cas de M. Kénan Tevfik.

M. BARBOUTH pense que si l'on pouvait faire le diagnostic, une ponction par le vagin aurait guéri la malade — le cas est évidemment très intéressant, dit-il.

M. RÉFIK MUNIR a vu la malade deux mois auparavant ; il diagnostiqua une tumeur kystique et proposa l'intervention qui fut déclinée par les parents. La jeune fille était déjà exténuée. Il regrette de n'avoir pas pris en sérieuse considération les paroles d'une tante qui disait que parfois la tumeur descend dans le vagin à tel point qu'elle était visible. Ceci aurait pu le conduire au diagnostic. Il considère qu'on a bien fait de nettoyer le tout, car l'avenir de cette jeune fille au point de vue maternité était réduit à néant.

M. AZIZ FIKRET rapporte avoir eu dernièrement l'occasion de suivre de près trois dames à utérus didelphes. Chez les deux, en regardant au spéculum pendant les règles, on voyait que le sang venait chaque mois de deux matrices à la fois ; chez la troisième alternativement, c'était la matrice droite qui donnait le sang, et le mois suivant c'était la gauche.

M. KÉNaN TEVFIK (en réponse) dit que même s'il avait fait le diagnostic, il aurait toujours opéré par la voie abdominale, car la voie vaginale, surtout chez une jeune fille de 14 ans, ne donnerait pas assez de jour. Si on se contentait d'une ponction, la malade aurait continué à souffrir étant donné toutes ces adhérences de l'épiploon, la dégénérescence et l'inflammation des annexes. Quant à son diagnostic, il a pensé à un kyste de l'ovaire ayant subi une torsion.

Cas de M. Chilaïditi.

M. BURHANEDDINE dit qu'il connaît ce malade qui est venu chez

lui porteur d'une tumeur cervicale gauche et d'une autre à droite. Il était pressé de repartir et voulait à tout prix faire extirper ces tumeurs. M. Burhaneddine extirpa très facilement la tumeur droite, mais à gauche, il est tombé sur les adhérences avec la carotide et il a dû laisser une partie de la tumeur. Il proposa au malade de faire de la radiothérapie, mais celui-ci refusa et s'en alla. La biopsie montra du tuberculome à droite, du lymphosarcome à gauche.

M. HAIDAR IBRAHIM connaît des fibromes, des chondromes, des adénosarcomes, des épithélioma du nasopharynx, mais il ne connaît pas des lymphosarcomes de cette région, et il le croit inadmissible au point de vue anatomopathologique.

M. HASSAN KENAN a également vu le malade avec une petite tumeur du côté gauche du cou, qu'il considéra comme un ganglion ; il proposa la radiothérapie, mais le malade n'a pas reparu.

M. CHILAUDITI (en réponse).— Pour ce qui concerne la tumeur du nasopharynx, c'est un diagnostic fait par M. Bahri Ismet, qu'il priera de lui donner plus d'éclaircissements. Mais la tumeur extérieure était un lymphosarcome, comme l'avoue M. Burhaneddine. Il ne savait rien de l'existence de la tumeur à droite du tuberculome.

Ensuite M. Aziz Fikret, secrétaire général, lit les lettres des Prof. Roux et Muret, de Lausanne, qui remercient chaleureusement la Société pour leur élection comme membres honoraires de la Société.

Est proposé membre de la Société le Dr. An. Charalambidis.

La séance est levée.

(à suivre)

Communication faite le 2 Mai 1924 par M. Barbouth

**A propos de quelques cas d'infection chirurgicale
traités par le Propidon**

Messieurs,

Permettez-moi de vous entretenir d'un vaccin relativement récent dont les effets sont parfois presque miraculeux et qui s'appelle le «*Propidon*» .

La vaccinothérapie en chirurgie, qui date depuis assez longtemps et qui a depuis une quinzaine d'années pris un essor considérable, s'applique actuellement, comme vous le savez, au traitement de plu-

sieurs maladies chirurgicales infectieuses. On en a ainsi obtenu des résultats encourageants, tels que des affections très graves nécessitant plusieurs interventions chirurgicales et trainant longtemps par la tenacité de leur virulence, par leurs récives et mettant ainsi la vie en danger sont traitées et guéries par une vaccinothérapie spécifique ou non.

Vous connaissez tous pour les avoir employés, les principaux vaccins spécifiques, en chirurgie. Celui qui a trouvé le plus de partisans, parce qu'il est efficace, celui qui est employé depuis le plus longtemps, c'est le vaccin *antistaphylococcique*. Viennent ensuite par *degré* d'efficacité : le v. gonococcique, le v. streptococcique, le v. collibacillaire etc. Je ne vais pas naturellement vous parler de l'existence d'auto et d'hétérovaccin, mais je voudrais, en passant, dire un mot de leurs indications respectives.

Le traitement actif ou microbien qu'est la vaccinothérapie qui par la création d'anticorps dans l'organisme, s'oppose à l'assaut de l'infection, doit être spécifique, et devrait *théoriquement* l'être strictement, c'est-à-dire que les microbes pathogènes de la maladie à traiter devraient avoir les mêmes caractères *morphologiques, chimiques* et biologiques que ceux composant le vaccin thérapeutique.

Un streptocoque vivant à Constantinople, ne peut pas avoir les mêmes *caractères biologiques* absolus que celui de Washington par exemple. Les conditions d'ambiance font changer aussi les caractères des microbes. Ceci est un *fait scientifique connu et admis*.

De même un staphylocoque d'un individu quelconque est spécifique pour lui-même. Ainsi nous arrivons à vouloir affirmer que le *meilleur traitement vaccinothérapique* serait l'*auto-vaccin* et que les effets de l'*hétéro* ou le *Stock-vaccin* comme on l'appelle, seraient inférieurs.

Cette conception pourrait être *admissible sans restriction* si tout le monde était d'accord pour admettre que l'effet de la vaccination n'est rien d'autre que la *création d'anticorps spécifiques*.

Or, nous savons tous que, *à part ce rôle principal*, il en est un autre qui n'est pas à négliger, qui est réel et qui dans l'application de plusieurs vaccins et surtout dans leur dosage, a trouvé des partisans convaincus. C'est la *colloïdoclasie*. Nous voyons ainsi que l'action des vaccins est plus compliquée qu'on le pourrait croire et qu'il faut en retenir : 1. *Anticorps*. 2. *Choc hémoclasique colloïdal*.

Une fois ce fait connu, demandons-nous un peu quand est-ce qu'il faut appliquer l'auto et quand le stock-vaccin.

(à suivre)

احتوا ایدر . ضیائی صوله چویرن حامص تروپائی ، عینی ضیائی صوله چویرن هیو سیامین ایله تشکل نقطه نظرندن مائل اولدیغندن پارا سمپاتی جمله عصبیه به آروپین کبی تأثیر ایدر . ضیای مستطعی صاغه چویرن هیوسیامین بو جهاز اوزرینه هیچ تأثیر ایتمز .

آروپینک، سریرایده استعمال ایدیلن کوزل بر خفانی و بر شکلی واردر . بو جسم، نومیدرین^(۱) در . آروپینه ، مهتیل مجموعه سنک علاوه سی و آزوتیت حالته کثیر لسیله تشکل ایدن یعنی بر (آزوتیت مهتیل آروپین) دن عبارت اولان نومیدرین جسمنک جمله عصبیه مرکزیه به تأثیرات سمیه سی آروپینه نسبتله خفیف اولدیغندن طیده بعضاً آروپینه ترجیحاً استعمال ایدیلیر .

تأثیرات فیزیولوژییه سی :

آروپین، جمله عصبیه نباتیه نك (مختار جمله عصبیه) پارا سمپاتی قسمنه تأثیر ایدن بر سمدر . بو تأثیره کچمزدن اول قازئك بو جمله عصبیه حقتده تجدد خاطرات اتمسی فائده لی در .

جمله عصبیه نباتیه، اراده به تابع اولمیان اعضایی اداره ایدر . احشا، اوغیه، غده لر، جلدده کی الیاف عضیه ملساء، طبقه قزحیه، قلب، معده، امعا، مثانه و رحم کبی اعضانک جمله عصبیه سی اداره ایدر . جمله عصبیه نباتیه نك، مرا کز عصبیه ده مرکز لری و بورادن چیقان محیطی عصب لری واردر . بو محیطی عصب لک بر خصوصیت تشریحیه سی اولوب بوده مسیر لرنده عقدات سمپاتیه ده نیان موقفلری حامل اولمالریدر . بو عقده لوده، مرکز دن اورایه قدر کلن الیاف عصبیه حجرات سمپاتیه ایله مفصله نیر، و بو حجره لر دن چیقان بکی الیاف عصبیه دن متشکل عصب لر یا طوغریجه اعضایه کیدر، یا خود یکیدن بعض موقفلره اوغرایه رق سیر ایدر لر . بالذات اعضای محیطیه کلنجه اعصاب مذ کوره، حجره لر دن والیاف عصبیه دن یانلش اولان بعض تشکلاته ملاقی اولور لر، مثلاً قلبک داخلنده بولنان (کدیت و فلاق) عقده لری، معده و امعاده بولنان (آوونیه رباخ) و (مابسنه) ضیفره لری بو نوع تشکلاتندر .

(دوامی)

استانبول پاژ مه ديقالاری

علوم طبیه واجزائیه شهرى مجموعه سى

منربيات

صفحه

۳۷

آتروپين وجهاز هضم (مدرس دوكتور كال جناب)

← آتروپين وجهاز هضم

مدرس دوكتور كال جناب

تشكىلى :

آتروپين ، بعض انواع نباتيه نك [لفاق ^(۱) ، طاطوله ^(۲) . بنج (باك اوقى) ^(۳) ...] تركيبنده بولنان بر شبه قلوبدر . بو جوهر ، قلوبارك و حامضلك تاثيريله ايكي جسمه آيريلير : بولردن بريسى (تروپين) ده نيلن اساس طبيعتنده بر كئول ، ديكرى (حامض تروپاى) اسمنده معطر بر حامضدر . بو صورته آتروپين بو ايكي جسمدن متشكل برأردن عبارتدر . آتروپينك تركيبنده بولنان تروپين ، قوقاينك شدتلى قلوبلرله معامله سندن حاصل اولان (ئكه غونين) ^(۴) جسميله قرابتى اولديغندن دولايى قوقاين بعض خصوصانده آتروپين كى تاثير ايدر . حامض تروپاى ، ضيائى مستقطبه تاثيرى نقطه نظرندن اوچ شكلده بولور . بريسى بوضيائى صوله ، ديكرى صاغه چويرهن ، اوچنجيسى ده ضيابه هيچ تاثير ايتمين شكلدر . آتروپين ، ضيائى صوله و صاغه چويرهن شكلدرده حامض تروپاى

Belladone (۱) ، Stramoine (۲)

Jusquiame (۳) ، Ekgonine (۴)

اعلانه — استانبول پاژ مه ديقالارى ، مجموعه سى تحرير آ طلب ايدن

اطبا افتدیلرله مجاناً کوندريله جکدر .

VALEROBROMINE LEGRAND

SÉDATIF ÉNERGIQUE DES CENTRES NERVEUX

Pas d'accidents de Bromisme comme avec les Bromures minéraux

Pas d'irrégularité d'action comme avec les Valérianes

CALME

rapidement les Névralgies diverses, la Neurasthénie, l'Epilepsie, l'hystérie, l'Insomnie due à l'agitation fébrile, la Coqueluche, les Toux irritantes dites nerveuses, l'Asthme, etc.

LIQUIDE 0,50 de bromovalérianate de soude par cuillerée à café.
CAPSULES 0,25 de bromovalérianate de magnésie par capsule.

Vente en Gros, Échantillons et Littérature :
DARRASSE FRÈRES, 13 Rue Pavés, - PARIS
DÉTAIL : Toutes Pharmacies

« رەزىل »

غلیسر و غایاقول اتریدر

غایاقول مستحضری لریسک الک و اتریدر رئوی - شرنی خستە لقارده
لنفائیت و سقروفولوز دە تدرنک هر نوع نطاهرانده تداوی قطعی الدە ایتمک
ایچون یکانە واسطەدر .

شروب باستیل و آمبول حالندە بولنور

باستیلندن کونده

۵-۳ عدده قدر

شروبندن کونده

۵-۳ قهوه قاشینی

چو چوقلرده نصف دوز قوللانیلیر

استانبول

پاژ مدد یقاللری

علوم طبیه و اجزایه شهرى مجموعه سی

مدیریت : ژانہ برہ مدیر و مسؤلی

غلطه ده و یووده خاندہ نومرو ۱ — تلفون : بک اوغلی ۲۵۲۴



سُرق مرکز اجرا نجر نغاسی

اجزای طبیه، کیمیویہ و عطریات ده پوسی

طوبدن و پراکنده صائیش

مرکز اداره سی : سرکه جیده خوراسانیان خاندہ

ده پوسی : آنقرہ خانی. خوراسانیان خانی و باب عالی جاده سنده

شعبه لری :

سرکه جیده آنقرہ خاندہ بک اوغلندہ تونل اتصالندہ نومرو ۶

استانبولده باغچه قبودہ نومرو ۷ • جاده کیرده • ۲۲۳/۵

غلطه ده کوپری باشندہ • ۵ قاضی کوبندہ موقتخانه جاده سنده • ۲۴

دوقتور واجزاجی بکله رقابت قبول ایتیه جک صورتده

خصوصی فیاتلر یالیشدر .

Pages Médicales

de Constantinople

REVUE MENSUELLE: des Sciences Médicales & Pharmacologiques

Administration: **J. BERT**, Directeur-Administrateur

Voivoda Han, No. 1 - Galata — Téléphone: Péra 2524

Droguerie Centrale d'Orient

EN GROS

ARTICLES D'HYGIÈNE
DROGUERIE

Spécialités Pharmaceutiques

Articles choisis et authentiques des meilleures marques

SIÈGE SOCIAL: Stamboul-Sirkédji — Khôrassandjian Han.
Téléphone: Stamboul 52

DÉPOTS: Içora Han — Khorassandjian Han & Babali



EN DÉTAIL

ARTICLES DE TOILETTE
PARFUMERIE

Produits de Beauté

SUCCURSALES

Stamboul, Angora Han, Sirkédji

Stamboul, Bagtchepou 7

Galata, Place du Pont 5

Péra, Place du Tunnel, 5

Péra, Grande Rue 223-5

Smyrne, Rue Franque 77

Kadikéuy, Rue Mouvakathané No. 29

Maison d'Achats à Paris

Imp. Française L. MOURKIDES



PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)

PHYTINE



Marque Déposée

PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

La Découverte de la Phytine
résolu le problème de la Médication
phosphorée

Trois Formes	Cachets	à 0 gr. 50 : 2 par jour.
	Comprimés	à 0 gr. 25 : 4 " "
	Granulé	: 2 cuillères à café " "

LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND - LYON

PRIX ORFILA — PRIX DESPORTES. — ACADEMIE DE MEDECINE DE PARIS.

DIGITALINE

cristallisée

NATIVELLE

*Agit plus sûrement que TOUTES
les autres Préparations de Digitale.*

GRANULES au 1/4 de milligr. (blancs)
GRANULES au 1/10^e de milligr. (roses)
SOLUTION au millième
AMPOULES de Digitaline injectable
(1/4 et 1/10^e de milligr.)

Dosage rigoureux

ÉCHANTILLONS :
LABORATOIRE NATIVELLE
43, 84 de Port-Royal, Paris.

PAGES MÉDICALES DE CONSTANTINOPLE

REVUE MENSUELLE MÉDICALE & PHARMACOLOGIQUE

SOMMAIRE

	Pages
Mortalité de la ville de Constantinople	III
Dernières Publications Médicales.	IV
Notes pharmacologiques. Le Gaïacol et ses dérivés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire	351
Comptes-rendus des séances de la Société des Sciences médicales de Constantinople des 4, 11, 18, 25 Avril, 2, 9 Mai 1924	353

NOTES PHARMACOLOGIQUES

Le Gaïacol et ses dérivés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire

Le Gaïacol, tant qu'on l'a administré à l'état de pureté, n'a donné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire que des résultats infidèles et incomplets. Sa toxicité et sa causticité lui ont fait préférer divers dérivés. Beaucoup parmi ceux-ci ne sont pas, ou ne sont que très incomplètement décomposés par l'organisme, d'où insuffisance de leur action. L'Ether Glycéro-Gaïacologique ou résyl qui a fait depuis quelques années l'objet de nombreuses études, présente un intérêt tout particulier, en raison de son dédoublement dans l'organisme, poussé très loin comme le révèlent les analyses des urines des sujets en expérience. Son action acidifiante modifie très heureusement le chimisme humoral du tuberculeux.

Bien toléré par la voie digestive, ce corps peut être aussi administré par la voie hypodermique et c'est sous cette forme qu'il a donné les résultats les plus nets. Bien que l'on n'observe habituellement pas de signes d'intolérance par des injections journalières de 0 gr. 30, nous croyons préférable de s'en tenir à 0 gr. 20 tous les 2 jours. Par contre, par voie buccale la dose active paraît osciller suivant le poids des sujets entre 0 gr. 30 et 0 gr. 50 par jour. Sous

NOTA.— Le service des « Pages Médicales de Constantinople » sera fait gratuitement à tout docteur qui en fera la demande.

l'un et l'autre mode d'administration une amélioration très nette ne tarde pas à se manifester chez presque tous les malades en traitement et aboutit, pour un grand nombre d'entre eux, à une guérison durablement acquise.

**Traitement des maladies des voies respiratoires
et de la tuberculose pulmonaire par un
éther glycéro-gaïacolique: le Résyl**

Ce nouveau médicament a été employé avec succès par M. Leroy (de Nice) dans les affections des voies respiratoires en général et plus particulièrement la tuberculose pulmonaire. L'Ether Glycéro-Gaïacolique ou Résyl est un éther de la glycérine et du Gaïacol, soluble dans l'eau, dont la formule brut est $C^{10} H^{16} O^4$ qui n'a pas les inconvénients de la créosote et du gaïacol. Par son action antiseptique sur la flore bactérienne des organes respiratoires, il combat avec efficacité les diverses affections broncho-pulmonaires: son usage continu entraîne une diminution sensible de la bronchorrhée suivie de la raréfaction des bacilles tuberculeux, puis d'une amélioration constante de l'état général avec atténuation progressive des signes stéthoscopiques.

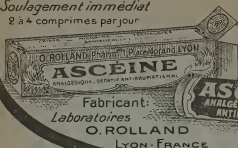
Les doses auxquelles il convient d'administrer le Résyl varient entre 0 gr. 03 à 0 g. 20 par voie buccale, et 0 gr. 10 par injection intra-musculaire. Ce dernier mode d'administration est préférable d'après l'auteur, pour les cas graves, à condition qu'il soit pratiqué en séries de piqûres réparties avec des périodes de suspension; soit série de 20 piqûres tous les 2 jours, puis 15 jours ou un mois de repos.

Le Résyl, éther glycéro-gaïacolique soluble, présente les mêmes propriétés antituberculeuses que la créosote et le gaïacol, mais il n'en a pas les multiples inconvénients.

Ce médicament, par son action antiseptique sur la flore bactérienne des organes respiratoires, peut servir utilement à combattre les diverses affections broncho-pulmonaires, et notamment l'infection tuberculeuse. L'expérience de ces dernières années autorise à dire que ce nouveau dérivé gaïacolique réalise une acquisition thérapeutique fort intéressante et doit prendre place, en bon rang, parmi les agents si nombreux que la pharmacopée actuelle met à notre disposition pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les faits cliniques observés ont montré que, sous son influence, la toux et la dyspnée s'atténuent progressivement, l'expectoration di-

**NÉVRALGIES
MIGRAINE, GRIPPE
SCIATIQUE, RHUMATISMES
et toutes pyrexies**

*Soulagement immédiat
2 à 4 comprimés par jour*



**ANTIRHUMATISMAL
ANALGÉSIQUE
SÉDATIF**

ASCÉINE

Acétyl-phenetidine Acétyl-salicylique
Caféine



L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le Gomenol est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation
d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour pulvérisations et instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, instillations vésicales, injections intra-musculaires, Lavements, etc.

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antiseptie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc.

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas --- PARIS (IX^e)

HORMONE ET HARMOZONE OVARIENNES A ACTION ANTAGONISTE

AGOMENSINE

Agogos, qui amène: *Εμμηνα*, menstrues

ACTIVE ET SOLLICITE

LES FONCTIONS MENSTRUELLES

3 à 9 Comprimés par 24 Heures

LABORATOIRES CIBA - O.ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON

SISTOMENSINE

Sistere, arrêter; *Mensis*, mois

MODÈRE ET RÉGULARISE

LES FONCTIONS MENSTRUELLES

3 à 6 Comprimés par 24 Heures

LABORATOIRES CIBA - O.ROLLAND, 1, PLACE MORAND, LYON

CACHETS

PHYTINE CIBA

GRANULÉS

MÉDICATION PHOSPHO - CALCIQUE ET MAGNÉSIENNE

minue considérablement, elle change de caractère, de purulente devient rapidement muqueuse, les sueurs cessent, l'appétit renaît, l'état général se relève.

Les doses auxquelles il convient de prescrire ce médicament varient entre 0 gr. 05 et 0 gr. 20 par voie buccale, 0 gr. 10 par injections intramusculaires; ces dernières représentent le traitement héroïque des cas graves; on fait généralement des séries de 20 piqûres, suivies d'un repos de quinze jours ou d'un mois. Par voie buccale le médicament trouve dans ses deux formes (sirop et comprimés) un mode d'administration facile, voire agréable.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE CONSTANTINOPLE

Séance du 4 Avril 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, *Président*

• • • (Suite et fin)

M. AZIZ FIKRET, pour répondre au Dr Haïdar Ibrahim. — La pituitrine agissant sur les muscles lisses, est vaso-constricteur. Répondant au Dr Sinaï, il fait remarquer qu'il est très difficile, dans beaucoup de cas, d'affirmer que le col n'est pas rigide au début de la dilatation; c'est pourquoi il vaut mieux être prudent et réserver l'usage de la pituitrine au cas où il y a toutes les indications de l'emploi du forceps.

Dr KENAN HASSAN. — La question de la pituitrine est intimement liée à la dilatation du col. Il y a des spécialistes qui préfèrent l'hypophyse et le pituglandol par crainte d'atonie utérine. Personnellement, je préfère l'injection de la quinine quand le col est suffisamment dilaté.

M. ORHAN TAHSIN, répondant aux 3 questions posées:

1^o J'emploie systématiquement la pituitrine quand il y a inertie, sans obstacle à l'accouchement.

2° Je préfère la marque Park & Dawies et j'injecte une ampoule de $\frac{1}{2}$ c.c. à condition que la préparation soit fraîche ; si l'injection de la pituitrine est douloureuse, c'est qu'elle est bonne ; les préparations anciennes de pituitrine ne sont pas douloureuses.

3° On peut administrer la pituitrine à n'importe quel moment du travail. La pituitrine agit sur le corps utérin sans contracter le col, tandis que l'ergotine agit sur le col.

4° L'effet se produit de 15 minutes à une heure après l'injection.

5° Je n'ai eu aucun accident. Les hémorrhagies constatées par M. Handjian sont dues à ce que sous l'action de la pituitrine l'utérus après de fortes contractions se relâche et à ce moment des hémorrhagies peuvent survenir. Pour empêcher cela et garder le tonus, j'injecte l'ergotine.

M. HAIDAR IBRAHIM. — Dans les oto-scléroses, les actions des pituitrines antérieure et postérieure sont différentes. On nous a dit que la pituitrine est vaso-constricteur, mais puisqu'il provoque des hémorrhagies, il ne doit pas l'être.

M. SINAI répondant à M. Galimidi, fait remarquer qu'il n'a pas voulu dire par cette comparaison que la digitale a un effet physiologique identique à celui de la pituitrine. L'un agit lentement et d'une façon plus ou moins permanente sur le cœur, et l'autre rapidement et passagèrement sur l'utérus en travail. J'ai voulu faire, dit-il, un simple rapprochement au point de vue de l'efficacité des deux drogues sur ces deux différents muscles.

En réponse à M. Haïdar Ibrahim, il ajoute qu'il est vrai que la pituitrine est un vaso-constricteur, mais que son effet n'est pas permanent, que les hémorrhagies de la délivrance ne sont pas dues à un défaut de la vaso-constriction des vaisseaux, mais au défaut de contraction du muscle, la pituitrine en cessant son action à ce moment-là peut laisser ce dernier en inertie, par surcroît de travail, de là peut-être les hémorrhagies de la délivrance plus fréquentes survenant à la suite de son emploi.

M. CHILAUDITI donne lecture du rapport de la commission financière sur la gestion des années 1922-23 et 1923-24. Les comptes ayant été trouvés en parfait ordre, la Commission propose d'en donner pleine décharge à M. le Trésorier. Accepté à l'unanimité.

Election.— Ont été élus comme membres MM. les Drs Kiazim Izeddin et Anastase Haralambidis.

Candidatures.— Doctoresse Safié Ali Hanoum, Dr Ahmed Assim et Chrissafidis.

PANSEMENTS

LAROCLETTE

Etablissements B. MULSANT

Fournisseurs des Hôpitaux, des Ministères de la Guerre et de la Marine

VILLEFRANCHE-S/-SAONE (RHONE)

Seule Maison pouvant produire **3,000** kilos de Coton hydrophile par jour

Catgut du D^r Victor Pauchet, pour la chirurgie de l'estomac.

Catgut Larochette, pour toutes sutures (solide, souple, lent).

"Crino" Fil métallique pour suture des parois (spécial, très malléable et solide).

Coton, Gaze

Compresse, champs opératoires

Nécessaires d'accouchements

Boîtes pour opérations d'urgence

} en boîtes soulées,
stérilisées.

Crins, Soies, Drains

Cotons cardés ou hydrophile, Bandes Mulsant

et tous autres pansements.

Le Résyl



LYON
(FRANCE)

LABORATOIRES
O. ROLLAND

R.C. LYON A 10694

Résyl

Ether Glycero Gaiacolique Soluble

Traitement efficace des affections broncho-pulmonaires
Catarrhes, bronchites aiguës et chroniques,

Tuberculose

dans toutes ses manifestations
Grippe, Lymphatisme, Scrofule, etc...

TONIQUE, STIMULANT DE L'APPÉTIT

Action énergique et rapide... Tolérance parfaite

DOSES { Sirop 2 à 5 Cuillerées à café par jour
Comprimés 2 à 5 Comprimés par jour.
Ampoules de 2% pour injection sous-cutanée ou intramusculaire
(Usage exclusivement médical)

Dépôt exclusif pour la Turquie: M. J. BERT, Volvodo Han
SALATA, CONSTANTINOPLE

LABORATOIRES O. ROLLAND
LYON

Urilysonne

Anhydro-méthylènechlorure
d'hexaméthylène-tétramine

Blennorrhagie
aiguë ou chronique

Cystite

Pyélo-néphrite
Rhumatismes

SYPHILIS

IDOLOGYRE

Iode + Hg + Bismuthi.

Traitement iodo-hydrargyrique intensif de
la Syphilis
à toutes ses périodes

Dépôt exclusif pour la Turquie: M. J. BERT, Volvodo Han -
GALATA, CONSTANTINOPLE.

KALMINE

(Pyramidon, Caféine, Guarana etc.)

LE PLUS ACTIF, LE PLUS INOFFENSIF DES CACHETS ANTI-DOULEUR

Séance du 11 Avril 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président



Présentations.

M. ALEXIADIS présente une malade ayant eu un décollement de la rétine, guéri par des injections sous-conj. de cyanure de mercure. Les procès-verbaux du 28 Mars et 4 Avril sont lus et adoptés.

A propos de la pituitrine, discutée dans la séance précédente, le Dr Kénan Tevfik regrette de n'avoir pu assister à cette séance : il expose à cette occasion son opinion au sujet de ce médicament. Les différentes préparations extraites du lobe postérieur de l'hypophyse sont mises en vente dans les différents pays sous des dénominations différentes hypophysine, pituglandol, etc. Toutes ces préparations ont presque le même effet, l'hypophyse anglaise étant plus active que le pituglandol allemand. C'est depuis 10 ans que M. Kénan Tevfik emploie la pituitrine. Certains cas ont donné l'effet attendu de cette substance, d'autres n'y ont pas répondu, malgré deux ampoules injectées consécutivement. D'après lui, on ne devrait employer la pituitrine dans les cas d'inertie utérine que si la dilatation est complète. Dans le cas contraire, on pourrait voir un orage de contractions utérines qui étoufferaient l'enfant. La pituitrine remplace le forceps du détroit inférieur seulement. Elle ne devrait être employée que pendant la période d'expulsion. Etudiant son effet physiologique, on constata de l'hyperglycémie à la suite de l'injection de pituitrine. Des auteurs allemands attribuent son action utérine à la teneur élevée en glucose du sang ; ils injectèrent donc dans la veine une solution concentrée de glycose : 10-40 %, et obtinrent le même résultat. Kénan bey fit la même expérience mais n'obtint pas un résultat aussi encourageant. Dans les cas de dilatation incomplète avec inertie utérine, il vaudrait mieux injecter d'abord de la quinine ou de l'extrait placentaire ou Opton Merck, etc. Injecter la pituitrine quand la dilatation est complète. Son effet est dans ce cas complémentaire. La pituitrine est aussi indiquée dans les hémorrhagies post-partum.

M. ORHAN TAHSIN n'a jamais observé l'asphyxie de l'enfant dans les cas où il employa la pituitrine. Celle-ci est tout à fait inoffensive à l'opposé de l'ergotine qui provoque le tétanos de l'utérus. Dans les cas d'inertie complète, la pituitrine n'agit pas du tout. A propos des injections de glycose, il rappelle que les bonnes femmes

de notre pays donnent du sucre aux parturientes, et les succès ne sont pas rares. Il en a lui-même donné dans certains cas et il a été très satisfait.

M. SINAI dit qu'il est indiscutable que l'on obtient d'excellents résultats avec la pituitrine pendant la période d'expulsion, et que l'on évite ainsi, bien des fois, des applications de forceps. Il s'en est servi pendant cette période à plusieurs reprises, et souvent l'accouchement fut mené à bonne fin. Ce n'est pas à ce moment-là, dit-il, que l'extrait hypophysaire rend les plus grands services. Le médecin peut alors avoir recours au forceps. Mais que peut-il à la période de dilatation ? Les moyens mécaniques dont l'action porte sur le col utérin présentent plus de danger pour la mère et l'enfant. La quinine et le sucre ont un effet inconstant, et pour stimuler avantageusement la contraction utérine en défaillance, la pituitrine est seule capable de nous rendre d'incalculables services. La mort du fœtus impliquée à cette dernière n'a pas encore été directement prouvée. Du reste, cette médication provoque des contractions rythmiques et périodiques comme à l'état normal, et n'entrave pas habituellement la circulation fœto-placentaire. Lui-même n'a constaté aucun accident de ce genre, toutes les fois qu'il s'en est servi.

On a accusé l'hypophyse, administré pendant le travail, de prédisposer à l'inertie et aux hémorrhagies après l'accouchement, le muscle utérin surmené, ne pouvant revenir sur lui-même, après l'expulsion du fœtus et du délivre. Mais il faut remarquer que la pituitrine a été employée à cause de l'inertie, et qu'il y a des chances pour que ces hémorrhagies du post-partum reconnaissent quelquefois pour cause, non pas le traitement, mais l'état de l'utérus. Il y a même avantage à se servir de l'hypophyse pendant les hémorrhagies de la délivrance, de concert avec l'ergot de seigle, pour profiter de ses effets hypertenseurs et toni-cardiaques, et pour lutter ainsi contre le collapsus.

M. Sinai ajoute que l'extrait hypophysaire est un bon médicament pour vaincre la rétention d'urine des suites de couches. Les auteurs mentionnent 80 % de réussite. Il s'en est servi une fois avec succès.

M. HANDJIAN a employé aussi la lactose avec les mêmes résultats que M. Orhan Tahsin avec le sucre.

M. CONOS fait une communication « Sur cinq cas de syndrome bulbaire ».

M. ORHAN TAHSIN demande si la grippe ne suffirait pas à expliquer le syndrome accusé par ces malades, sans avoir besoin de penser à un virus spécial. Dans un de ces cas présentant un W.- la syphilis ne saurait être exclue vu qu'on constatait aussi de l'inégalité pupillaire.

M. MISSAKIAN demande si l'accentuation des signes d'asthénie étaient marqués, surtout le soir, et diminuaient le matin.

M. CONOS répond qu'il n'a pas soutenu qu'il s'agit d'un nouveau virus. Il ne pourrait s'agir de grippe ni d'aucune autre maladie infectieuse, vu que le syndrome en question durait depuis des mois et qu'il n'y avait rien de pareil dans les antécédents des malades. Répondant à M. Missakian, M. Conos dit que n'ayant eu l'occasion de voir son malade que dans l'après-midi, il ne saurait dire si les symptômes en question étaient moins accentués ou disparaissaient le matin, mais vu qu'il s'agit d'un malade intelligent et observateur celui-ci l'aurait sûrement rapporté. Par conséquent, M. Conos suppose que la diplopie et la parésie des paupières existaient aussi le matin.

Vu l'heure avancée, la lecture de l'observation du malade de M. Alexiadis est ajournée.

Séance du 18 Avril 1924

Présidence de M. le Dr ORHAN TAHSIN, Président

Présentation des malades.

M. KENAN HASSAN présente une femme chez laquelle il a fait l'hystérectomie, l'an dernier, pour un cancer de l'utérus et 8 mois après la radiothérapie post-opératoire. Cette femme se porte parfaitement bien aujourd'hui.

M. KENAN HASSAN présente un homme ayant un lympho-sarcome de l'aisselle gauche disparu complètement par la radiothérapie.

M. BARBOUTH rapporte l'observation d'un cas d'occlusion aigue due à une meso-sigmoïdite rétractile. M. Barbouth fera prochainement de ce cas le sujet d'une communication.

Discussion à propos des cas présentés :

M. ZACAR félicite le Dr Kénan Hassan pour le résultat obtenu

dans ce cas. Il dit que les lympho-sarcomes sont les néoformations les plus radio-sensibles, et cite un cas analogue d'un lympho-sarcome du cou qu'il a traité dernièrement. Cette tumeur qui avait la grandeur d'une tête d'enfant s'est fondue comme la neige devant le soleil après 5 irradiations de moyenne pénétrance.

M. BARBOUTH.— Chez ce malade on avait pensé d'abord à un cancer, mais un confrère radiologue avait posé le diagnostic de lymphosarcome. La grande radiosensibilité de cette tumeur confirme ce diagnostic parce que, comme l'a dit le Dr Zaccar, les lymphosarcomes sont très facilement influencés par les rayons X.

Lecture a été donnée ensuite du procès-verbal de la séance précédente qui fut adopté à l'unanimité.

Ordre du jour.

Communication du Dr ZÉNOPE.— « Les petits signes de l'insuffisance ovarienne ».

Discussion.

M. BARBOUTH.— Si nous nous basons sur ces données, toutes les femmes seraient des insuffisantes ovariennes. Je pense qu'il y a des exagérations, mais il faudrait l'épreuve du temps pour avoir des choses fixes.

M. ANDRÉ WAHRAM.— Sans vouloir diminuer la valeur de la communication du Dr Zénopé, je la compare à celle du Dr Bonnier qui a prétendu, devant l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine, guérir presque toutes ces maladies par la cautérisation des filets terminaux du trijumeau.

M. ALEXIADIS.— En ophtalmologie, c'est dans les insuffisances de convergence et d'accommodation que l'on constate la ligne insuffisourciliaire.

M. ORHAN TAHSIN.— Je pense qu'il doit y avoir aussi une question de race dans les données du Dr Zénopé, parce que selon ces données toutes les femmes arméniennes seraient des insuffisantes ovariennes, puisqu'elles présentent souvent les signes cités.

M. ZÉNOPE (en réponse).— J'ai présenté ce travail après des études sur des centaines de femmes; il est vrai que les insuffisantes ovariennes courent les rues; je n'en rencontre pas une hyperovarienne par mois. Quant à la façon de discuter du Dr André Wahram, je proteste avec énergie et considère cette façon anti-scientifique. Que le Dr André Wahram me présente des cas où les

signes que j'ai énumérés font défaut, et c'est alors que je m'inclinerai devant la réalité.

M. AZIZ FIKRET. — Il ne faut pas prendre au mot chaque symptôme d'une affection qui n'aurait aucune signification isolément. Mais l'ensemble des symptômes décrits par le Dr Zénope répondent parfaitement à la réalité clinique.

Ordre du jour.

Communication du Dr MANOLAKAKI. — « A propos d'un cas d'évolution simultanée de rougeole et de scarlatine ».

Discussion.

Dr ORHAN TAHSIN. — Actuellement, il y a une tendance à admettre que l'une des maladies infectieuses immunise l'autre. Cette observation montre qu'il n'en est rien.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Séance du 25 Avril 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN BEY, Président

La séance a commencé par la lecture du procès-verbal de la séance précédente, lequel fut adopté après certaines observations faites par MM. Zénope, André Wahram et Koukoulis.

A propos du procès-verbal :

M. ZÉNOPE déclare avoir fait ses études sur les différentes races et nationalités. Il a fait mettre en relief les petits signes de l'insuffisance ovarienne et n'a jamais basé son diagnostic sur quelques petits signes pouvant se rencontrer dans d'autres états pathologiques ou à l'état normal. On ne doit jamais négliger les signes pathognomoniques de cette affection.

M. ANDRÉ VAHRAM est heureux de voir que M. Zénope spécifie ses cas et détermine plus clairement son opinion, ainsi qu'il a été désiré dans la séance précédente.

Présentation.

M. ORHAN TAHSIN présente 2 pièces anatomiques très intéressantes qu'il a opérées cette semaine. L'une des pièces est une grossesse extra-utérine rompue avec existence de noyaux fibromateux.

La malade a été adressée par les Drs Haïri et Krektzian avec le diagnostic posé de grossesse extra-utérine rompue.

Comme la malade était dans un état pitoyable : pouls 155, fièvre, refroidissement des extrémités, etc. je l'ai examinée sur le brancard même. Nous l'avons immédiatement étendue sur la table d'opération, une injection de sérum lui a été faite.

Ce fut une opération très intéressante.

J'ai déjà opéré plusieurs grosses extra-utérines, c'est la première fois que je suis tombé sur une grossesse rompue.

Dès que j'ai fait la boutonnière, un flot de sang liquide a immédiatement jailli. J'ai fait l'ouverture du péritoine ; le péritoine était dans le sang. J'ai été immédiatement chercher avec le toucher et voici ce que j'ai trouvé : une masse à droite, j'ai pincé de ce côté et je voyais que le sang continuait à couler. J'ai dit au docteur Noury Bey, mon assistant, de presser l'aorte ; l'hémorrhagie s'est arrêtée un instant.

Cependant je ne vois aucune formation.

Immédiatement de nouveau le sang recommence à jaillir ; puis j'ai remarqué qu'il y avait un point qui faisait saillie dans la trompe gauche ; cela donnait l'impression que c'était là la grossesse extra-utérine. Dans ce cas, j'ai pincé de l'autre côté ; j'ai commencé par séparer la trompe dans laquelle était le fœtus, j'ai séparé cette partie, j'ai pincé immédiatement et ce n'est qu'après que j'ai pu arrêter définitivement l'hémorrhagie. Enfin voyez que de ce côté il y avait encore un noyau fibromateux et là où était la trompe s'est développée la grossesse qui était rompue.

Telle que la pièce se présente, c'est un cas où le malade doit sa vie aux deux confrères qui ont posé le diagnostic. Si nous avions attendu une demi-heure, elle serait perdue. La malade doit aussi sa vie à l'opération très prompte. Il est fort probable que ce sont ces noyaux fibreux qui ont empêché la grossesse de se porter dans la matrice.

Dans ce cas, si nous avions été préparés à l'avance, nous aurions pu prendre le sang et le réinjecter à la malade ; mais l'opération a dû être faite trop vivement. C'est un cas exceptionnel.

L'autre cas était un utérus myxomateux avec des tumeurs qui remplissaient le Douglas, et vous pouvez vous rendre compte des adhérences qui existaient partout.

Là encore, je dois faire l'exérèse presque complète. Les deux fosses étaient remplies de tumeurs kystiques. Les adhérences existaient avec le péritoine et bien que l'opération ait duré une heure,

j'ai très bien réussi à enlever toutes les tumeurs. Il y a aujourd'hui 5 jours que la malade a été opérée et se porte très bien. Notez bien que dans les deux cas j'ai laissé seulement une mèche pendant 24 heures. C'est une tumeur maligne puisque vous voyez les adhérences. On ne peut presque pas séparer ces tumeurs de la matrice; il y a eu même quelques kystes que j'ai pu enlever.

Ces tumeurs ont pris naissance dans les deux ovaires.

Suivant la loi des séries, ces deux cas se sont présentés dans la même semaine et j'ai cru bon de vous les présenter.

A propos des cas présentés.

M. YAHoub prend la parole en disant qu'il serait curieux de savoir quels ont été les symptômes qui, en dehors des symptômes ordinaires, ont permis aux deux docteurs cités de poser le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, car parfois ce diagnostic est bien difficile à faire. On ne devrait pas oublier de rechercher le *signe costal* de la grossesse extra-utérine, douleur en dehors de l'abdomen.

M. AZIZ FIKRET dit que le signe costal et sous-claviculaire est très net et existe, chaque fois qu'il y a eu traumatisme de la trompe. C'est ainsi qu'en cas de stérilité on injecte de l'acide carbonique par la matrice, et si l'on voit la douleur costale et sous-claviculaire se déclancher, on est sûr que les trompes sont perméables.

M. ORHAN TAHSIN, en réponse, dit que sa malade étant dans un état fort critique, il n'avait pas le temps de procéder à un examen clinique minutieux. Quant au signe costal dont parlent MM. Yahoub et Aziz Fikret, il promet de le rechercher dans l'avenir.

Le Président informe ensuite les docteurs présents de la douloureuse perte qu'ont subie le corps médical de Constantinople et la Société par suite de la mort du Dr Nouredine Bey, qui a rendu de signalés services à la chirurgie au moment où on n'en faisait presque pas chez nous et demande la suspension des travaux pendant 5 minutes pour honorer sa mémoire.

A la reprise.

Communication lue par le Dr ALEXIADIS « Sur un cas de guérison d'un décollement rétinien par des injections sous-conjonctivales de Cyanure de mercure. »

M. ORHAN TAHSIN demande si une myopie prononcée prédispose au décollement plus qu'une myopie faible.

M. HAIRI BEY prend la parole et dit : Le Dr Alexiadis dit qu'il

existe des décollements dont on ne connaît pas les causes. On constate des décollements sans causes apparentes, mais si on a la chance d'avoir devant les yeux un œil atteint de décollement, on constate qu'il y a là des raisons, et ces raisons étant différentes pour chaque cas ne sont pas moins existantes. Puis il dit que les cas de décollement proviennent plutôt d'une petite myopie que d'une grande. Ajoutant que, si nous regardons les statistiques, nous voyons également que les cas de myopie faible jouent un grand rôle dans les décollements, car dans les myopies fortes il y a des adhérences, et par suite des adhérences le décollement de la rétine est beaucoup moins fréquent.

Ensuite M. le Président remercie M. J. Bert de l'envoi gracieux des 50 numéros des « Pages Médicales » à la Société.

Séance du 2 Mai 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président

Présentations.

M. YAHIOUB présente une tumeur opérée depuis 9 jours et pesant 12 kilog. L'auteur fait remarquer que malgré son volume énorme, cette tumeur a pourtant assez diminué par suite de l'écoulement après ponction d'environ 2 kilog. et demi d'un liquide rouge noirâtre qu'elle contenait.

Cette tumeur était uniformément lisse, et se trouvait à l'ovaire gauche de la malade. La malade portait cette tumeur depuis 24 ans. Malgré sa faiblesse et sa maigreur, cette femme se porte très bien après l'intervention.

Puis M. Yahoub ajoute que la tumeur lisse sur tout son pourtour est bourgeonnante sur son pôle supérieur et à gauche de sorte qu'au moment du décollement on croyait que cela venait du côté de la rate.

M. BARBOUTH incise la tumeur et à la vue de son intérieur dit que c'est une tumeur végétante de l'ovaire.

M. ORHAN TAHSIN dit qu'il est sûr que cette malade aurait été diagnostiquée comme un cas inopérable, ce qui arrive trop souvent. Lorsque la tumeur provient de l'ovaire, il faut, à son avis, opérer toujours, et il ajoute : que dernièrement un cas pareil, tumeur

pesant 15 kilog., fut diagnostiqué comme inopérable. La malade a alors demandé qu'on l'opère quand même. Elle fut opérée et l'opération réussit très bien.

M. AZIZ FIKRET prend la parole. Cette tumeur végétante, dit-il, tant qu'elle est dans la capsule, se classe comme bénigne, mais dès que les végétations font irruption en dehors de la capsule et commencent à faire des adhérences dans le ventre même, alors elle devient maligne. Je ne sais pas si cette malade n'aura pas de métastases plus tard. Et il ajoute : Dans le cas que vous avez opéré on ne pouvait poser de diagnostic avant, c'est un peu difficile à dire que cette tumeur provient des annexes.

C'est très difficile à se décider à faire l'opération, car il y a la question du volume de la raté; c'est un grand danger d'ouvrir alors le ventre. Il demande l'historique de la malade de M. Yahoub.

M. YAHOUB promet d'apporter à la séance suivante l'observation détaillée de la malade en question.

On fait la lecture du procès-verbal de la dernière séance ainsi que lecture du procès-verbal de la séance précédente rectifié à propos de ces procès-verbaux. M. Orhan Tahsin informe alors la Société au sujet des deux cas dont il leur avait parlé dans la dernière séance, que les malades se portaient bien mieux et quitteront bientôt l'hôpital. Il les garde encore pour pouvoir les tonifier un peu.

Le Dr ANDRÉ VAHRAM prend la parole et demande que la séance soit levée pendant 5 minutes en signe de deuil à l'occasion de la mort du père du Dr Tiberius et du Dr Tavidian, tous deux décédés dans la même semaine.

Le Dr BARBOUTH fait sa communication « Sur un cas de méso-sigmoïdite rétractile » qu'il a eu à soigner (texte déposé).

Discussion.

M. YAHOUB.— Ces cas ne sont pas aussi rares qu'on le croit. Je ne m'attendais pas à une étude aussi complète. Coïncidence extraordinaire : j'ai été appelé à opérer un Bulgare sur lequel nous n'avons pas pu porter de diagnostic.

Cet homme était âgé de 35 ans ; douleur localisée, constipation depuis 3 ans.

J'ai été obligé d'intervenir. Ma première impulsion a été d'aller voir son appendice. La douleur était localisée soit à gauche, soit à l'estomac. Et ne pouvant pas m'expliquer les souffrances de mon patient, je suis revenu à gauche sur l'intestin sigmoïde. J'ai vu que

l'intestin avait coulé contre les parois du bassin. Je vois quelque chose de blanc argenté ; c'était la mésentérique rétractile. Au-dessus de cette cicatrice, l'anse intestinale était élargie. Avec beaucoup de prudence, j'ai fait la résection de cette cicatrice qui était verticale ; j'ai fait une incision transversale, puis la péritonisation. Cet homme a beaucoup souffert. J'ai dû mettre 5 bouts de fil de soie. Mais je n'ai pas eu la même chance que le docteur Barbouth de voir mon malade guéri. Comme origine, je n'ai pu trouver d'autre cause qu'une dysenterie qui durait depuis 4 ans. Le malade n'avait pas pu être soulagé à l'hôpital. Il était soigné comme hypochondriaque.

M. BARBOUTH dit alors que puisque deux cas se sont produits dans la même semaine, il est heureux de constater que son cas ne diffère de celui du docteur Yahoub qu'en un seul point, c'est-à-dire que son malade n'avait pas de dysenterie.

M. ANDRÉ VAHRAM fait sa communication « Sur quelques cas de scarlatine fruste » qu'il a eu à soigner.

M. AZIZ FIKRET raconte un cas qu'il a eu l'occasion de soigner et qui était plus simple.

C'est tout à fait par hasard qu'on a remarqué une éruption à l'Ecole des Sœurs de Notre Dame de Sion, où on avait constaté des cas de scarlatine. Cette fillette est rentrée chez ses parents, et une quinzaine de jours après, ses parents ont remarqué une éruption. Appelé auprès de la malade, j'ai vu une éruption sans température. Puis la fillette a présenté de l'albumine. Coïncidence heureuse, un mois avant j'avais fait analyser les urines de la fillette pour d'autres raisons ; il n'y avait pas d'albumine.

Le Dr HANDJIAN dit alors que son neveu âgé de 32 ans a fait une petite éruption insignifiante sans fièvre qu'il n'a pas pu diagnostiquer d'abord. Puis dans la suite, et par le mode de la desquamation, il a vu qu'il avait affaire à la scarlatine.

Séance du 9 Mai 1924

Présidence de M. ORHAN TAHSIN, Président

M. YAHIOUB donne lecture de l'observation de la tumeur végétante géante de l'ovaire, tumeur qu'il avait présentée à la séance précédente.

A propos de ce cas, M. VELIDJANIDIS dit qu'on rencontre parfois des tumeurs aussi grosses et, il y a quelques années, il avait assisté M. Panadis à opérer un cas semblable, et la tumeur avait 37 cm. de longueur sur 14 de largeur et pesait à peu près 12 kilog.

M. ORHAN TAHSIN dit : Ce qui frappe, c'est surtout le volume de la partie qui est solide. Nous avons enlevé, il y a quelque temps, une grosse tumeur qui pesait plus que cela, mais nous avons retiré une grande quantité de liquide (environ 7 litres).

Les tumeurs comme celle que nous a présentée le Dr Yahoub sont plutôt rares. Il y en a de plus considérables, mais lorsqu'on évacue le liquide le paroi s'affaisse et l'on n'a pas besoin d'agrandir l'incision. Or, le Dr Yahoub a dû agrandir l'incision abdominale après avoir fait évacuer la partie liquide (2 litres seulement en tout).

M. YAHOUB fait ensuite la lecture d'une communication sur un nouveau symptôme de la rupture de la grossesse ectopique.

A propos de cette communication M. GALIMIDI dit : Je me suis rendu une fois auprès d'une jeune femme qui souffrait d'une douleur au bas-ventre. Elle était en train de prendre le chemin de fer lorsqu'elle a ressenti un malaise et a perdu connaissance pendant $\frac{1}{2}$ heure. Elle s'est remise petit à petit, puis est rentrée chez elle. J'ai trouvé cette jeune femme dans un état vraiment épouvantable : visage pâle, pouls petit, le ventre était tendu. Les douleurs n'étaient pas continues, de temps à autre elle était calme, mais elle répétait sans cesse : Mon épaule, Docteur. Quoique je ne fus pas très au courant de ces cas, cette douleur attira mon attention. Je fis venir un gynécologue. Il toucha, regarda vers les organes génitaux et ne trouva presque rien. La malade avait un certain mouvement fébrile. On lui fit l'opération quelques jours après. Il s'agissait d'appendicite aigue avec douleur aigue.

Voilà pourquoi, dit M. Galimidi, je ne voudrais pas admettre que toutes les fois qu'il y a une douleur élevée, on se trouve devant une grossesse ectopique rompue.

M. ORHAN TAHSIN.— Je suis d'accord avec le Dr Galimidi Bey que ce signe là n'a d'importance qu'autant qu'il existe en concomitance avec les autres symptômes, ce signe existant dans beaucoup d'autres cas.

Les autres symptômes d'une grossesse extra-utérine existant en même temps que l'on constate la douleur élevée, le Dr Yahoub a voulu nous dire que, dans ce cas, le diagnostic est presque sûr.

M. VELTDJANIDI. — J'ai été, dit-il, appelé samedi auprès d'une malade à Yédicoulé. Cette femme ressentait de très fortes douleurs dans le bas-ventre, avait des vomissements continuels. Dix jours auparavant, elle avait fait une fausse couche provoquée avec une plume d'oie. Ayant la pratique de pareilles choses, elle savait ce qui devait sortir et me déclara que tout était complètement sorti. Elle avait le poulx petit, des lipothymies, le ventre distendu sans ballonnement, le col de la matrice entr'ouvert. Je ne pouvais pas penser que ce pouvait être une grossesse extra-utérine, étant donné que cette femme avait fait un avortement 10 jours auparavant; je me croyais en présence d'un kyste de l'ovaire tordu ou d'un volvulus.

Cette femme fut transportée à l'hôpital Gérémié. L'opération nous montra qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine gauche rompue. On trouva le fœtus dans le petit bassin.

La malade est très bien maintenant.

M. ORHAN TAHSIN. — Je voudrais attirer votre attention sur les caractères de la douleur abdominale de la grossesse ectopique rompue.

J'ai remarqué qu'il y a une grande différence entre les douleurs de la grossesse extra-utérine rompue d'avec la douleur qui existe dans la rupture utérine même. Dans la rupture utérine j'ai constaté que la douleur n'est pas très forte mais continue.

Dans la rupture de la grossesse extra-utérine, la douleur s'arrête par moment. Il y a des malades qui peuvent vous expliquer nettement leurs sensations. Il faudrait interroger de nouveau la malade pour savoir si les douleurs étaient interrompues ou non.

Il est très important pour nous de connaître tous les symptômes pour pouvoir poser un diagnostic.

Le Dr YAHOUB a dit qu'il y avait du sang dans le vagin. Il serait justement très intéressant de savoir dans quel état était ce sang. J'attache une grande importance à la couleur et à la consistance de ce sang.

M. AZIZ FIKRET. — Les symptômes dont vous venez de parler, douleurs intermittentes, sont beaucoup plus typiques que la douleur élevée, à mon sens. Je ne suis pas tout à fait de l'avis du Dr Yahoub. Je crois que dans beaucoup de cas de douleurs élevées ce serait très dangereux d'aller opérer la malade, ce symptôme devrait plutôt nous arrêter que nous encourager à intervenir.

M. KÉNAN TEVFIK. — Il y a un an, je fus appelé auprès d'une malade. C'était la 2^{me} crise. On m'avait appelé à deux heures. Dou-

• NOTRE TRIADE HYPNOTIQUE, ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE •



DIAL

(Diallylmaléyluree)

INSOMNIE NERVEUSE

EXCITABILITÉ, ANXIÉTÉ ÉMOTIVITÉ
HYPERESTHÉSIE SENSORIELLE
TOXICOMANIES



DIDIAL

(Diallylbarbiturate d'éthylmorphine)

INSOMNIE-DOULEUR

TRAUMATISMES, CALMANT PRE-ANESTHÉSIQUE
AGITATION PSYCHIQUE, ALGIES
CANCERS DOULOUREUX

DIALACÉTINE

(Diallylmaléyluree + Bither allylparacétamolnaphétoïque)

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE

SPASMOPHILIE, NEVROSES FONCTIONNELLES
NÉVRALGIES, MIGRAINE, LUMBAGO
AFFECTIONS AIGÜES

LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND, Pharm. 1, Place Morend - LYON - 9

PAPIER RIGOLLOT

Il est bien supérieur au cataplasme sinapisé, par la facilité et la propreté de son application, et par sa conservation indéfinie dans sa boîte tenue en lieu sec.

C'est un **révulsif** très prompt, sûr, énergique, ne présentant *aucun danger* si la durée de son application n'est pas exagérée.

La facilité avec laquelle on peut l'appliquer et le déplacer, permet de régler l'énergie et l'étendue de son action à volonté, et la révulsion qu'il a provoquée peut être prolongée fort longtemps après son enlèvement en le remplaçant par une couche d'ouate.

Le **SINAPISME RIGOLLOT** a donné lieu à un grand nombre d'imitations. — Pour avoir le véritable **Sinapisme Rigol-**lot, exigez la Signature ci-contre imprimée en rouge et en travers de chaque boîte et de chaque feuille.

S. Rigollet

P. RIGOLLOT & C^{ie}, 13, Rue Pavée, PARIS

En Vente dans toutes les drogueries et pharmacies de Constantinople.

صولو بائن

آرنو اوآبایانینیک بیکده برمحلولیدر

شدتلی	عضله قلبه تک هر نوع	شدتلی
بر قوی قلبدر	عدم کفایتده و	بر مدرر در
	عدم انظامنده	
	تسرع قلبه	
تأثیری دواملی	تعبین اولنور	استروفانتینلردن
و ثابتدر	کوچوک دواملی دوزلر ۱۰-۲۰ دامله	دها آز سمدادر
	متوسط دوزلر ۲۵-۴۰ «	
	بیوک کتلوی دوزلر ۴۵-۸۰ «	
	(دوزاژی غایت جدی در)	

بودری

فیتین

فوسفورلی علاجلرک اک قوتلیسیدر. چونکه نباتی الاصلدر

فوسفور - کالسیئوم - ماغنزیوم

بودری		
قاشه	۰,۵۰	یومیه ایکی دانه
قومبریمه	۰,۲۵	« دزت دانه
غرانوله		« ایکی قهوه قاشیغی
لیکید		کونده ۴۰ دامله ایکی دهنه ده

بش شکل

Phytine

EN 5 FORMES

poudre dose à indiquer par le médecin
 cachets à 0.50 2 par jour
 comprimés » 0.25 4 » »
 granulés 2 cuillères à café
 liquide 40 gouttes par jour en deux fois

LABORATOIRES CIBA

leurs intenses dans le bas-ventre. La malade ne savait pas qu'elle était enceinte. 15 jours avant elle avait eu ses règles. Un confrère est venu. On lui a donné des calmants. La matrice de la malade était volumineuse. Cul-de-sac rempli des deux côtés. Je ne pus me prononcer.

Pouls très misérable. Etat général très mauvais, couleurs pâles. Nous avons pensé tous les deux à une rupture, mais nous n'avons pas pu intervenir tout de suite. De plus, la malade ressentait de fortes douleurs intercostales et des douleurs à l'épaule droite.

Nous lui avons alors fait des piqûres de morphine.

Quand nous sommes retournés voir la malade, elle était en piteux état avec un pouls misérable. Nous l'avons fait transporter à la clinique. Dans ces cas-là je fais toujours une ponction abdominale pour voir s'il y a du sang dans les cavités. L'hémorrhagie était telle que la malade n'a pu survivre. Ces douleurs élevées sont continues depuis longtemps. On les attribue à la compression exercée par les caillots de sang sur le nerf phénique.

M. YAHOUB.— Chez toutes mes malades, il y avait douleurs à l'épaule droite et au bas-ventre. Je ne nie pas cependant que ce symptôme puisse exister avec une autre irritation du péritoine (appendicite, hépatite).

Néanmoins je considère ce signe comme d'une très grande valeur quand il y a les autres signes de la grossesse ectopique. Ayant déjà opéré une femme pour deux grossesses extra-utérines (droite et gauche) je demande aux gynécologues sur la possibilité et la fréquence de ces cas.

Le Dr Yahoub dit alors qu'il est très content d'avoir entendu toutes ces discussions. Il dit que les pertes de sang, hémorrhagies internes, excitation péritonienne donnent également des douleurs supérieures. J'ai traité ce soir la question du symptôme comme caractéristique d'une rupture de grossesse. Dans les deux premiers cas que je vous ai présentés, nous discutons pour savoir s'il s'agissait ou non de rupture. La deuxième avait déjà été opérée. Elle se plaignait à chaque instant de douleurs costales. L'irritation du péritoine peut donner des symptômes de douleur élevée supérieure seulement. Quant à la douleur costale, elle est un symptôme typique dans ces cas de grossesse. Ces 7 cas dont je vous ai parlé avaient la douleur élevée costale supérieure.

Pour les caractéristiques d'une grossesse rompue, c'est à MM. les Accoucheurs de nous éclairer plus tard sur la valeur de ce symptôme.

M. ORHAN TAHSIN demande si le curetage peut être pratiqué lorsqu'il y a un doute sur la grossesse extra-utérine.

Je me suis trouvé un jour en présence d'un cas semblable, et quoique reconnaissant tous les signes d'une grossesse extra-utérine rompue, le confrère qui était avec moi n'était pas de mon avis. Lui disait que ce n'était pas une grossesse. J'étais jeune alors et lui plus âgé. La famille a accepté un curetage, mais la malade ne s'est pas guérie. Voyant cela la famille revint me trouver. Ahmed Nouredine qui opéra cette malade trouva une grossesse ectopique. Le curetage n'avait rien provoqué, mais produit une espèce de régression de cette grossesse ectopique. Justement dans deux cas du Dr Yahoub on avait fait le curetage. Moi je ne l'aurais pas fait.

M. KÉHAN TEVFIK dit qu'une fois il a été appelé auprès d'une malade qui présentait tous les symptômes d'une grossesse extra-utérine avec rupture. Cette jeune femme avait eu ses règles pour la dernière fois il y avait 5 semaines. C'est-à-dire qu'elle avait un retard d'une semaine et pouvait être enceinte de trois semaines. Dans ce cas devait-il l'opérer ou non.

Le Docteur dit que selon lui, il était préférable d'intervenir pour enlever ce qu'il y avait. On ne peut être sûr si la crise ne peut pas se répéter. L'hémorrhagie dans ce cas n'est-elle pas proportionnelle à l'âge de la grossesse? Quand il l'a opérée, après la deuxième crise, l'hémorrhagie a été tellement abondante qu'il n'a pas pu sauver la malade.

M. ORHAN TAHSIN dit que cette opération est tellement bénigne aujourd'hui qu'il est préférable d'intervenir. Pour répondre à la question du Dr Réfik: Si nous avons, dit-il, des doutes sur une rupture, faut-il opérer?

Le Président dit que selon lui il est toujours préférable d'intervenir, car il ne se rappelle qu'un cas où il a vu la résorption de la grossesse se faire. C'était une femme bulgare. Les applications de glace ont réussi. Elle est revenue voir le docteur 6 mois après et se portait bien.

(à suivre)

سمو لفار سدنول

سیویل و عسکری خسته خانه لده قبول اولنشدرد .

فرنگی به فارسی

نزهتگسی الک آت : آرسه نوکیدی یوقدر، سمیقی دیگر آرسه نوپیزلردن ۲۰۰ قات دها آت در.

استعمالی الک قبولی : صوده چابوق حل اولور. داخل ورید، بین العضلات، تحت الجلد بلا وجع زرق ابدیلیر.

نأثیری الک بولک : هر وقته نك خصوصاته تطبیق اولنه یلیر، بیوک دوزلره شدتلی تداوی، تأثیری سریع، عمیق و دواملیدر.

نمونه و ایضاحات : غلطه ده و یووده خاشنده هزاران بهره افندی دن طلب اولنور

«نوزول» لابوراتوارلری

مشابهت کامله

استاندارد اوئل

نوبورو



نوزولی بر مشابتهت کامله دیگر وازه این زیتلندن تفریق ایدر.

نوزول قبضت تداویسنده ثابت نتیجه لر ویریر چونکه ترکیبی ثابت ولاتقیردر.

نوزول ک آلتسی خوش، نه بولاتی نه ده بشقه حاللر ویریر.

نوزول حال جمله وارضاعده باخصوس توصیه اولنمالیدر.

نوزول

نمونه و ایضاحات

غلطه ده و یووده خان

ژان بهره افندی دن

طلب اولنور

قبضته قارشى

باغرساقاری تمیزلر و یاغلار

پارس آقاده میسنک اور فیلا و ده پورت مکفاته نائل اولان

نایومل

بلوری

د مجتالین

بالعموم دیجیتال مسنحضرانک، اک مؤثریدر

دوزاژی غایت فنی و حدی در

غرانول ۱/۴ میلیگرام (بیاض)

۱/۱۰ " (قرمزی)

محلول ۱/۱۰۰۰

آمبول ۱/۴ و ۱/۱۰ میلیگرام

لابوراتوار نایومل

پارس - پور رو آیل، ۴۹

انیودول

ANIODOL

داخلاً و خارجاً قولانیلیر اک قوتلی بر مضاد تغذندر

داخلاً (Aniodol Interne) — تخمرات معدیہ و معاشیہ، شیر

خوارلرده کی یشیل اسهالده، ذات الامعاده، آمیبلی دیزانته ریده،

تدرن امعاده، حماء انتانلرده

خارجاً (Aniodol Externe) — فن دلاده و نسائیہ، جراحی ده

قولانیلیر.

— هر مهم اجزا خانه لرده و اجزا دپولنده بولونور —

Immunisation passive حقیقه دهافضله اوبسرواسیونلر یوقدر . بو طرزده کی Immunité داها اتود ایدیلکه شایاندر.

Immunisation active : ایلک تجربه لریسه V. Leyden و Blu-

menthal طرفندن اولاکوپکلر و صوکرادن انسانلر اوزرنده یاپیلمشدر. برکوپکک رکتومنده کی قانسرندن بر امولیسیون یاپوب رکتومنده قانسری اولان دیگر برکوپکه هر سکز کونده بر اثرکته ایتدکلی زمان ۴-۵ آی صوکر بو رکتوم قانسریک غائب اولدیغی کورمشدر.

بوندن بشقه intrapéritonéal قانسرلک ینه عین صورتله زائل اولدیغی اکلامشدر. بو اوتورلر انسانلرده یاپدقاری تجربه لرده بعض (cas) لرده اولدجه موفقیتلر الده ایلشله. بو کبی تجربه لر صوکرادن (Delbet) Gillmann Coca طرفندن تکرار ایدیلش فقط مهم موفقیت کوریلشمشدر. بالعکس (Rovsing) قانسری تومورلرک کوچولدیکنی سویلیور.

Antolysothérapie ایسه Lunckenbein, Stamber, Keyser

و سائر طرفندن تکرار ایدیلش . . . Jensen. فارملری اوزرنده بوتراپیدن positif نتیجه لر الده ایتدیکنی سویلیور.

Fischera, Blumenthal اوپراسیوندن صوکر کله جک récidive و مه تاستازلره مانع اولق ایچون مذکور تدای بی تطبیق ایلشله. Keyser نظرآ تومور امولیسیونلرله ره سیدینو وه تاستازلرک اوکی آز چوق آلنه بیلیر. Lunckenbein ایسه (نون اوپرابل) تومورلرک دخی اهمیتلی بر صورتده کوچولدیکنی کورمشدر. (دوامی)

پارس پاستور مؤسسسه می

تداوی بالمصل شعبه سنده مستحضر

سروم و آشی

مدت تأثیری کفالت تحتده در

یکانه ده پوزیتری: راه بر غلطه

استانبول پاژ مه ديقالاری

علوم طبيه واجزائيه شهرى مجموعهسى

منربيات

صفحه

قانسرک موجود اصوللرله تدويسی (دوقتور برهان الدين) ۴۵

قانسرک موجود اصوللرله تدويسی

(۱۸نجی نومرودن دوام)

دوقتور برهان الدين

اولى سنه chirurgie قونفره سنده قدیم ايتديكى (cas) لريله انسانلرده قانسرک سرومله تدويسی ممکن اولديغنى بيلدير يودی.

بوکون Immunotherapie شو صورتله خلاصه ايديله بيلير: بونک ايچون ايکي يول وار Immunisation passive و Immunisation actif در. passive ايمونيزاسيون شو صورتله در: اولا انسان تومورى حيوانه انزکته ايديليور. سوکره بو حيوانک سرومى تومورلرى انسانلره انزکسيون ياپيليور. Richet و Hericourt بو صورتله موفقيت الده ايتديکلرينى سويليور. V. Leyden و Blumenthal کوپک کرده ايني (ره زولتا) لره نائل اولملاردرد. فقط انسانلردن پک ده پارلاق نتيجه لره واصل اولما مشار. يالکز (-état général) ک ايلشديكى تومورلرک ده فضلّه بويومه ديکي، مه تاستالزه حاصل اولان قانسر (نودول) لر ينک زائل اولديغنى کورمشاردرد. ديگر مؤلفار مثلاً Lofler Jensen و سائر حيوانلرده کي بيوک تومورلرک پک ده متأثر اولما ديفنى حالده کوچوک تومورلرک غائب اولديغنى مشاهده ايلشاردرد.

Levin ک تجر بهلرى نموني تي موجب طرزده اولما مقله برابر خسته لرده سروم (انزکته) ايدلديكى زمان عين زمانده راديوتراپي ياپيلنجه مثلاً utérus, sein قانسرى ده چابوق غائب اوليور.

VALEROBROMINE LEGRAND

SÉDATIF ÉNERGIQUE DES CENTRES NERVEUX

Pas d'accidents de Bromisme comme avec les Bromures minéraux

Pas d'irrégularité d'action comme avec les Valériannes

CALME

rapidement les Névralgies diverses, la Neurasthénie, l'Epilepsie, l'hystérie, l'Insomnie due à l'agitation fébrile, la Coqueluche, les Toux irritantes dites nerveuses, l'Asthme, etc.

LIQUIDE 0.50 de bromovalérianate de soude par cuillerée à café.
CAPSULES 0.25 de bromovalérianate de magnésie par capsule.

Vente en Gros, Échantillons et Littérature :
DARRASSE FRÈRES, 13 Rue Pavés, - PARIS
DÉTAIL : Toutes Pharmacies

« رەزىل »

غلیسر و غایاقول اتریدر

غایاقول مستحضر لرینسک الک مؤثریدر رثوی - شرنی خسته اقلرده
لنفائیت و - قروفلوز دە تدرنک هر نوع تظاهراتده تداوی قطعی الده ایتک
ایچون یکانه واسطه در .

شروب پاستیل و آمبول حالنده بولور

پاستیلندن کونده

۳-۵ عدده قدر

شروبندن کونده

۳-۵ قهوه قاشیغی

چو چوقلرده نصف دوز قوللانیلیر

استانبول

پاڙ مديقاللری

علوم طبیه و اجزایه شهرى مجموعه-سى

مدیریت: رُانه بره، مدیر و مسؤلى

غلطه ده و پووده خاندنه نومرو ۱ — تلفون: بك اوغلى ۲۵۲۴



سُرو مرکز امېڙا نجاتخانه-سى

اجزای طبیه، کیمیویه و عطریات ده پوسی
طوبدن و پراکنده ساتیش

مرکز اداره-سى: سرکه جیده خوراسانچیان خاندنه
ده پوسی: آنقره خانى. خوراسانچیان خانى و باب عالی جاده سنده

شمېلری:

سرکه جیده آنقره خاندنه بك اوغلنده تونل اقصالنده نومرو ۶
استانبولده باغچه قبوده نومرو ۷ جاده کپرده ۲۲۳/۵
غلطه ده کوپرى باشنده ۵ قاضى کوبنده موقتخانه جاده سنده ۲۴

دوقتور و اجزایى بکله رقابت قبول ایتیه جک صورتده
خصوصى فیاتار پالشدرد.

فرانسز مطبعه-سى ل. مورکیده-س